

**PLANILLA DE SALUD – EDUCACIÓN FÍSICA – CICLO ORIENTADO**  
**AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA - CICLO LECTIVO 2022**

Apellido y Nombre:		Curso:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	DNI:	Grupo Sanguíneo:
Dirección:		Localidad:	
Teléfono Particular:	Otro Teléfono 1:	Otro Teléfono 2:	
Celular 1:	Celular 2:	Celular 3:	
Obra Social /Prepaga:		Nº de Afiliado:	

**¿Padece o padeció algunas de las siguientes enfermedades? Responder: Sí/No aclarando si es necesario**

Metabólicas: Diabetes:	Anemias:
Cardiopatías Congénitas:	Mononucleosis Infecciosa:
Cardiopatías Infecciosas:	Desviación de Columna:
Hernias Inguinales-Crurales:	Pie Plano o Pie Cavo:
Hepatitis:	Esguince-Luxación-Fracturas.
Parotiditis:	Alergias:
Convulsiones:	Asma:
Epilepsia:	

¿Se encuentra padeciendo procesos infecciosos o inflamatorios?
¿Se desmayó alguna vez durante la actividad física?
¿Padece alguna enfermedad crónica?
Otra situación determinada por el médico: (adjuntar certificado del profesional)

**AUTORIZO A LOS PROFESORES DE EDUCACIÓN FÍSICA DEL COLEGIO NUEVA ERA – DIEGEP 7874 POR LA PRESENTE A ACTUAR, EN CASO DE EMERGENCIA, SEGÚN LO DISPONGAN LOS PROFESIONALES MÉDICOS**

Firma de madre, padre o tutor responsable: .....

Aclaración de la firma: .....

DNI: .....

<b>AUTORIZACIÓN</b>
<p>Autorizo a mi hija/o ..... Curso: .....</p> <p>a realizar durante el Ciclo Lectivo 2022 todas las actividades físicas propuestas por el Colegio, de acuerdo a los Diseños Curriculares de la DGC y E de la provincia de Buenos Aires, en el Club El Retiro de Hurlingham, sito en la calle Crucero General Belgrano 1336, de la localidad de Hurlingham.</p> <p>Firma de la madre, padre o tutor responsable: .....</p> <p>Aclaración de la firma: .....</p> <p>DNI: .....</p>