

PLANILLA DE SALUD – EDUCACIÓN FÍSICA

AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA - CICLO LECTIVO 2020

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: Si/No aclarandose 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:

AUTORIZACIÓN

Autorizo a mi hija/o Curso:
a realizar durante el Ciclo Lectivo 2020 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, y a trasladarse junto con los Profesores de Ed. Física al Club Cosmopolita de Hurlingham, sito en la calle Güemes 1647, de la localidad de Hurlingham.

Firma de la madre, padre o tutor responsable:

Aclaración de la firma:

DNI: