Santos Lugares, ……..de …….. de 2024

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO……

FECHA DE NACIMIENTO …… DNI……

DOMICILIO…….. LOCALIDAD……

AÑO ……. DIVISIÓN …….. TURNO…….

El que suscribe madre, padre o tutor del alumno antes mencionado de la Escuela Secundaria Tecnica N°1, toma conocimiento y autoriza a su hijo a que realice actividad física, con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a su edad y sexo conforme a los lineamentos curriculares vigentes, programadas dentro del estableciemiento o fuera del mismo

¿Posee Obra social?	¿Cuál?	N° de afiliado:

ANTECEDENTES DE SALUD		
Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico		
SI	NO	¿Cuál?
¿Durante los últimos años fue internado alguna vez?		
SI	NO	¿Por qué?
¿Tiene algún tipo de alergia?	SI	NO
En caso afirmativo describa manifestaciones		
La alergia se debe a		
Se encuentra padeciendo procesos inflamatorios	SI	NO

Padece alguna de las siguientes enfermedades	SI	NO
Metabólicas Diabetes		
Cardiopatias Congênitas		
Cardiopatías infecciosas		
Hernias inguinales, crurales		
Asma		
Hemofilia		
Epilepsia		

Ha padecido recientemente	SI	NO
Hepatitis (60 días)		
Sarampión (30 días)		
Parotiditis (30 días)		
Mononucleosis infecciosa (30 días)		
Esguince, luxaciones (60 días)		

Alguna otra situación determinada por el medico

CUANDO SOBREVENGA UNA DE LAS ENFERMEDADES MENCIONADAS U OTRA EN PARTICULAR, ME COMPROMETO A INFORMAR AL ESTABLECIMIENTO DE MANERA FEHACIENTE
DE HABER CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES ANTERIORES, SE DEBERÁ ADJUNTAR CERTIFICADO MÉDICO QUE AUTORICE LA REALIZACIÓN O NO DE EDUCACIÓN FÍSICA

Firma padre, madre o tutor……

Aclaración……

DNI…….. Teléfonos consignar varios ...…….