INSTITUTO : "LA SALETTE" (A-479)
Roque Pérez 4334 (1430) Buenos Aires
Tel/Fax.:4542-2389

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA

AUTORIZACIÓN

Los que suscriben,.....
padre, madre o tutor.(nombres y apellidos completos, y nro. de documento de identidad)

del alumno / a.....
(nombre completo y nro. de documento de identidad)

del INSTITUTO "LA SALETTE" que cursa el.....año, toma conocimiento y autoriza que su hijo/a realice actividad fisica con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a su edad y sexo conforme a los lineamientos curriculares vigentes. Esta autorización alcanza también a las actividades extraprogramáticas entrenamientos de equipos representativos y las competencias intercolegiales a las que el / la alumno/a sea convocado para representar al colegio.

.....	.....	.....
Firma del padre	Firma de la madre	Firma del tutor/a
.....	.....	.....
Aclaración	Aclaración	Aclaración

FICHA DE SALUD

	Indicar con X	
	SI	**NO**
A. Se ecuentra padeciendo:.		
- procesos inflamatorios o infecciosos		
B. Padece alguna de las siguientes enfermedades		
- Metabólicas: Diabetes		
- Cardiopatías congénitas		
- Cardiopatías infecciosas		
- Hernias inguinales, crurales.		
- Respiratorias. Bronco-espasmos.		
- Epilepsia. (Ausencia –Convulsiones)		
- Alergias. De que tipo y a que.		
C. Ha padecido recientemente:		
- Hepatitis (60 días)		
- Sarampión (30 días)		
- Parotiditis (30 días)		
- Mononucleosis infecciosa (30 dias)		
- Esguince o luxaciones de tobillo, hombro, etc. (60 días)		
D. Alguna otra situación determinada por el médico		
E. Tiene las vacunas actualizadas		
F. Se encuentra **APTO** para desarrollar la actividad de Educación Física y Deportes.		

Observaciones: .....
.....
.....

Lugar y fecha..... .....

.....
Firma del médico. Sello y aclaración