



# St. Francis School

CONSTRUCTORES DE LA PAZ

## EDUCACIÓN FÍSICA - FICHA DE SALUD

Nombre y Apellido:		Grupo Sanguíneo:	RH:
Domicilio:			
Año:	Obra Social:	Nro de Socio:	
Celular Madre:		Celular Padre:	

<b>EN CASO DE NO ENCONTRAR A LOS PADRES, AVISAR A:</b>	
Parentesco:	Teléfono:
Tel. Alternativos:	

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD (indicar con una X)	SI	NO
a) <u>Se encuentra padeciendo:</u>		
Procesos inflamatorios o infecciones		
Alergia ¿A qué? ¿Cómo se manifiesta?		
Disminución de la agudeza visual		
Hipoacusia		
Convulsiones		
Dificultades osteo articulares ¿Cuál? :		
Dificultades neuromusculares ¿Cuál?:		
b) <u>Padece algunas de las enfermedades:</u>		
Diabetes		
Cardiopatías		
Asma		
c) <u>Ha padecido en fecha reciente:</u>		
Fracturas		
Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro o muñeca (60 días)		
Otras:		
d) Intervenciones quirúrgicas (especificar):		
e) Alguna otra situación particular determinada por el médico:		

Conjuntamente con esta FICHA DE SALUD las Familias deben entregar un **CERTIFICADO MEDICO** que avale la realización de actividad física acorde a su edad en las clases de educación física.

EL COLEGIO SE COMPROMETE A COMUNICARSE TELEFÓNICAMENTE A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE EN CASO DE EMERGENCIA MÉDICA, DE <b>NO PODER COMUNICARSE</b> CON PADRES / FAMILIARES (teléfonos indicados en esta ficha) Y SER NECESARIO POR DECISIÓN DEL PROFESIONAL MEDICO AUTORIZO EL TRASLADO A:
Institución:
Dirección:
Teléfono:

Habiendo certificado que mi hijo..... que concurre a ..... grado se encuentra en buenas condiciones de salud, lo autorizo a participar de las clases de Educación Física que se desarrollarán durante todo el ciclo lectivo en el predio del **CLUB LAMROTH HAKOL** acompañado por sus docentes en los días correspondientes a la actividad.

Firma del Padre/ Madre: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_ D.N.I: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_