



FICHA DE SALUD

AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS

CABA,

Quien suscribe _____ en mi carácter de referente familiar y/o adulto responsable de la/el **estudiante** _____

DNI _____ que cursa _____ año de Educación Secundaria en el Establecimiento Educativo

INSTITUTO ARGENTINO EXCELSIOR con fecha de nacimiento _____ con domicilio en _____ en la Ciudad de _____

N° de contacto _____

Declaro estar debidamente informado y doy mi expreso consentimiento para que mi hijo/a/representado/a pueda realizar actividades físicas por el plazo de un año a partir de la firma de la presente y acorde a la planificación correspondiente del establecimiento educativo.

Consigne a continuación si el estudiante, presenta algún problema o alteración que incida en su estado de salud histórico o actual.

	SI	NO
Problemas cardíacos		
Muerte súbita en familiares (menores de 50 años)		
Hipertensión		
Obesidad		
Asma bronquial		
Pérdida de conciencia		
Convulsiones		
Traumatismo de Cráneo		
Diabetes		
Alteraciones Sanguíneas		
En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez: Desmayos Mareos Dolor en el pecho Cansancio excesivo		
Palpitaciones Dificultad para respirar		
Afecciones Auditivas		
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Problemas en los huesos o articulaciones		
Cirugías		
Internaciones		
Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
Falta o no funcionamiento de algún órgano par (Ej. Riñón, ojos, testículos)		
Alergias		
Tos crónica		
Toma de medicación habitual		
Alergia a algún medicamento		
Problema de piel		

Usa anteojos*		
Vacunación completa		
Observaciones: (detalle las respuestas afirmativas).		

.....

Firma del adulto responsable

Aclaración y DNI

.....

Firma y sello del médico

DATOS DEL ADULTO RESPONSABLE:

Apellido: **Nombre(s):**

Domicilio:

Teléfono: **No DNI:**

DATOS PERSONALES DE UN ADULTO REFERENTE EN CASO DE NO LOCALIZAR AL ADULTO RESPONSABLE:

Apellido: **Nombre(s):**

Domicilio:

Teléfono: **No DNI:**

Está prohibido utilizar en clase accesorios potencialmente peligrosos para sí mismo y para los demás, como por ejemplo aros, pulseras, piercings, relojes, colgantes, cadenas, y otros a consideración del docente, como también tener las uñas excesivamente largas, a fin de preservar la integridad física de todos.

***Uso de anteojos:** Para realizar actividad física se recomienda uso de anteojos deportivos, orgánicos o lentes de contacto.

Las prendas autorizadas para las clases de Educación Física son las que corresponden al uniforme reglamentario.

FICHA-CLÁUSULA LIMITATIVA DE RESPONSABILIDAD

Lugar y fecha:

Por la presente me notifico formalmente que está absolutamente prohibido practicar ejercicios o deportes de riesgo, sólo o acompañado, en todas aquellas ocasiones en que no se encuentre en el gimnasio, campo u otro lugar de deportes el profesor de Educación Física a cargo del curso o grupo.

Atento a la responsabilidad genérica que la carga de la guarda impone a la Rectoría del Instituto sobre todos los alumnos (conforme a lo establecido por el Código Civil), toda trasgresión a esta regla se considerará una falta grave a nuestro Sistema de Convivencia.

Alumno/a :..... **N° de documento:**

Curso:

Turno:

.....

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL ADULTO RESPONSABLE: