



**AUTORIZACIÓN**

En mi carácter de padre, madre o responsable legal del alumno/a.....  
DNI..... edad..... que cursa ..... en esta institución, autorizo a que realice las actividades físicas y deportivas acordes a su edad, sexo y estadio madurativo con el esfuerzo cardiovascular que ellas requieren, conforme a los reglamentos curriculares vigentes.

**AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS**

Autorizo a que el alumno/a..... sea atendido por el servicio de emergencias médicas SIMEP en caso que así se requiera. (\*)

Obra social / med. prepaga del alumno/a: .....

En caso de urgencia comunicar a:

1) Nombre: ..... Tel.1: .....Tel.2:.....

2) Nombre: ..... Tel.1: .....Tel.2:.....

(\*) El servicio de emergencias médicas realiza un (1) solo traslado: desde el campo de deportes hacia el Colegio, Hospital o Clínica. Desde el Colegio hacia el Hospital o Clínica.

**ANTECEDENTES PERSONALES** (Indicar con un círculo lo que corresponda)

A.- Declaro que el alumno/a es:

- Alérgico a..... Sí /NO
- Diabético..... Sí/ NO
- Asmático..... Sí/ NO
- Epiléptico..... Sí/ NO
- Hemofílico..... Sí/ NO
- Hipertenso..... Sí/ NO
- Hipotenso..... Sí/ NO
- Otras.....

B.- Padece algunas de las siguientes enfermedades:

- Digestivas..... Sí/ NO
- Osteo-musculares..... Sí /NO
- Infecto contagiosas..... Sí /NO
- Neurológicas..... Sí/ NO
- Respiratorias..... Sí /NO
- Cardiovasculares..... Sí/ NO
- Otras.....

C.- Se deja constancia de:

- Grupo sanguíneo: factor..... RH.....
- Usa (anteojos, prótesis, etc.)..... Sí/ NO
- Toma algún medicamento de uso permanente..... Sí/ NO
- .....
- Alergia a algún medicamento..... Sí/ NO
- Vacuna anti-tetánica vigente ..... Sí/ NO
- Cirugías ..... Sí/ NO

D.- Observaciones.....  
.....

**Notas:**

- ✓ Fecha límite de entrega de Ficha de Salud: EP, Viernes 10 de marzo - Nivel Inicial y ES, lunes 13 de marzo.
- ✓ Adjuntar al presente formulario con carácter obligatorio: **constancia de evaluación clínica** para realizar actividades físicas y deportivas acordes a su edad, sexo y estadio madurativo, con firma y sello del médico.

Es responsabilidad del padre, madre o responsable legal notificar cualquier modificación que pudiera surgir durante el transcurso del ciclo lectivo.

**FIRMA** (padre, madre o responsable legal) \_\_\_\_\_ **Aclaración** \_\_\_\_\_