



PLANILLA DE SALUD - FICHA ÚNICA DE APTITUD FÍSICA

AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS

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 SAN MAXIMILIANO KOLBE con fecha de nacimiento ___/___/___ con domicilio en _____ en la Ciudad de _____.

GRUPO SANGUÍNEO: _____.

SISTEMA ASISTENCIAL (Cobertura) _____

T.E.: _____ (Adjuntar fotocopia de credencial)

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: _____

T.E.: _____ (Responsable a cargo en el horario de 15:00 a 17:00 hs)

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 a cada establecimiento educativo.

Marque con una cruz la opción que corresponda:

	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		

	SI	NO
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).		

Por la presente declaro que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces.

Importante: En caso de contestar de modo afirmativo en alguno de los ítems anteriores, deberá presentar las certificaciones médicas correspondientes que avalen esa información, donde el profesional tratante deberá consignar que la/el estudiante se encuentra apta/o para realizar actividad física.

En caso de padecer algunas de estas enfermedades durante el año, el referente familiar y/o adulta/o responsable deberá comprometerse a informar a las autoridades del establecimiento educativo, acompañando la certificación médica correspondiente.

Firma: _____

Aclaración: _____

Tipo y N° de DNI: _____