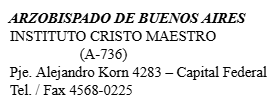
****

**PLANILLA DE SALUD / AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS**

Esta ficha deberá ser completada por el referente familiar o adulta/o responsable; la misma, es requisito obligatorio para que el/la estudiante pueda participar de actividades físicas, recreativas y las clases de educación física. En caso de no presentarlo en tiempo y forma, el alumno no podrá participar de las clases de la asignatura y deberá pedir un certificado SAF (sin actividad física) a su docente.

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 Instituto Cristo Maestro, con fecha de nacimiento …………….. con domicilio en …………………………. 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 al establecimiento educativo.

**Marque con una cruz la opción que corresponda:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **¿El alumno ha transitado…?** | **Sí** | **No** |
| Problemas cardíacos |  |  |
| Hipertensión |  |  |
| Obesidad |  |  |
| Asma bronquial |  |  |
| Pérdida de conciencia |  |  |
| Convulsiones |  |  |
| Traumatismo de cráneo |  |  |
| Diabetes |  |  |
| Alteraciones sanguíneas |  |  |
| Muerte súbita en familiares directos (menores de 50 años) |  |  |
| Palpitaciones |  |  |
| Asma o dificultad para respirar |  |  |
| Afecciones auditivas |  |  |
| Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias |  |  |
| Problemas en huesos o articulaciones |  |  |
| Cirugías mayores |  |  |
| Internaciones |  |  |
| Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses |  |  |
| Falta o funcionamiento reducido de algún órgano (Ej. riñón, hígado, etc.) |  |  |
| ¿Recibe atención en el espacio de salud mental?  ¿Toma medicación?  ¿Cuál?........................................................... |  |  |

**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.

**Pautas generales de cuidado:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **¿El alumno…?** | **Sí** | **No** |
| Posee tos crónica |  |  |
| Padece alergias |  |  |
| Toma medicación habitualmente  ¿Cuál?........................................................................... |  |  |
| Es alérgico a algún medicamento |  |  |
| Padece de problemas en la piel |  |  |
| Usa anteojos |  |  |
| Tiene la vacunación obligatoria completa |  |  |

Se recomienda realizar control de salud anuales, con el objetivo de mantener el control de crecimiento y desarrollo de las/os niñas/os y adolescentes, además de detectar precozmente factores de riesgo y patologías según edad y sexo.

**FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR: .............................................................................**

**ACLARACIÓN: ......................................... DNI:................................. FECHA: ....................**