ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE

REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha:....... /....... /.......

Apellido y Nombres del Alumno

...........................................................................................................................................

Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

..........................................................................................................................................

Dirección:...............................................Teléfono……………………………………...........

Lugar a Viajar: …………………………………………………………………………………...

1. ¿Es alérgico? SI/NO (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?.................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................................................................................................................

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios (\_\_\_)

b) Fracturas o esguinces (\_\_\_)

c) Enfermedades infecto-contagiosas (\_\_\_)

d) Otras: ...........................................................................................................................................

3. ¿Está tomando alguna medicación? SI/NO (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?, con diagnóstico y prescripción médica.

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo: ......................................................................................................................................................................................................................................................................................

5. ¿Tiene Obra Social? Si/ No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

……………………………...................................................................................................en \_\_\_\_\_ a los.............días del mes de.......................... del año ...................., autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

……………………………….. …………………………………………

Firma Padre, Madre, Tutor o

Representante Legal. Aclaración de la Firma