**ANEXO VIII**

**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?  (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?  (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?  (tachar lo que no corresponda) |  |
| En caso de respuesta positiva deberá consignarlo en la planilla y concurrir con 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** |  | **Aclaración de la Firma** |  |
|  | **Representante Legal** |  |  |  |