



**Departamento de Educación Física  
 Autorización**

Alumno/a: .....Curso: .....Turno: .....Año lectivo: 200....

El que suscribe padre, madre o tutor del alumno/a de la Escuela de Educación Media N° 9 "Prof. Roberto Giusti" de Martínez, toma **conocimiento y autoriza** que su hijo/a realice actividad física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo con su edad y sexo, conforme a los lineamientos curriculares vigentes. Los lugares donde se realice Educación Física dependen de las actividades programadas: patio y/o gimnasio.

FICHA DE SALUD		Indicar con X	
		Si	No
A	Se encuentra padeciendo:		
	Procesos inflamatorios o infecciones		
B	Padece algunas de las siguientes enfermedades:		
	Alergias		
	Metabólicas; Diabetes		
	Cardiopatías congénitas		
	Cardiopatías infecciosas		
	Hernias inguinales, crurales		
C	Ha padecido en fecha reciente:		
	Hepatitis (60 días)		
	Sarampión (30 días)		
	Parotiditis (30 días)		
	Mononucleosis (30 días)		
	Esguince o luxaciones de tobillo, hombro, etc.		
	Quebraduras de algún tipo		
D	Alguna otra situación determinada por el medico. ¿Cuál?		
E	Deje constancia de cualquier indicación que deban conocer el personal medico y docente a cargo.		

Nota: En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems de la planilla, deberá presentarse, conjuntamente con este formulario, el certificado medico que avala la afección consignada, indicando sí en virtud de la misma el alumno se encuentra capacitado o no para efectuar actividades físicas. Cuando sobrevenga una de las enfermedades mencionadas, u otra en particular, me comprometo a informar por medios fehacientes.

Dejo constancia de haber cumplimentado la ficha de salud de mi hijo/a, a los..... días del mes de..... del año 200....

Autorizando por la presente (en caso de emergencia) a actuar según lo dispongan los profesionales médicos.

.....  
 Firma del padre, madre o tutor.

.....  
 Aclaración de firma