PLANILLA DE SALUD

**AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS**

FICHA ÚNICA DE APTITUD FÍSICA: Aplicable para el desarrollo de actividades físicas en todos los niveles y modalidades del Sistema Educativo. Es importante contar con la misma para conocer el estado general de la salud de los estudiantes.

Esta ficha deberá ser completada por el referente familiar responsable. La misma es requisito obligatorio para que el estudiante pueda participar de actividades físicas.

Quien suscribe en mi carácter de referente familiar y/o adulto responsable de la/el estudiante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

que cursa ­­­\_\_\_\_ grado de Educación Primaria en el Establecimiento Inst. Ntra. Sra. de Luján de los Patriotas A-378 con fecha de nacimiento \_\_/\_\_/\_\_ con domicilio en calle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel: ­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 |  | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |