 PLANILLA DE SALUD G.C.B.A. FECHA: \_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_

**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 |  | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Palpitaciones  Dificultad para respirar |  |  |
| Afecciones Auditivas |  |  |
| Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias |  |  |
| Problemas en los huesos o articulaciones |  |  |
| Cirugías |  |  |
| Internaciones |  |  |
| Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses |  |  |
| Falta o no funcionamiento de algún órgano par (Ej. Riñón, ojos, testículos) |  |  |
| Alergias |  |  |
| Tos crónica |  |  |
| Toma de medicación habitual |  |  |
| Alergia a algún medicamento |  |  |
| Problema de piel |  |  |
| Usa anteojos |  |  |
| Vacunación completa |  |  |
| Observaciones: (detalle las respuestas afirmativas) | | |

**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:**

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 Padre/Madre Aclaración Tipo y N° de DNI

Tel de contacto 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel de contacto 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otros contactos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_