

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha: 26 /04 /2019

Apellido y Nombres del Alumno

.....

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

.....

Dirección: Teléfono:

Lugar a Viajar PARQUE TEMÁTICO TIERRA SANTA (Av Costanera Rafael Obligado 5790 CABA)

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 AVELLANEDA. a los 26 días del mes de ABRIL del año 2019, 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

