

**ANEXO III**  
**DEPARTAMENTO DE EDUCACION FISICA**  
**AUTORIZACIÓN**

**CICLO LECTIVO 20**     

El que suscribe, padre, madre o tutor del alumno \_\_\_\_\_ D.N.I. N° \_\_\_\_\_, del Colegio San Ignacio, que cursa \_\_\_\_\_ Año, sección: INICIAL / E. PRIM. /E. SEC. (tachar lo que no corresponda), toma conocimiento y autoriza que su hijo/a realice actividad física con esfuerzo cardio-vascular, de acuerdo a su edad y sexo, conforme a los lineamientos curriculares vigentes.

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**FICHA DE SALUD**

	Indicar con X	
	SI	NO
A - Se encuentra padeciendo:		
* Proceso inflamatorios o infecciosos		
B - Padece alguna de la siguientes enfermedades:		
* METABOLICAS: Diabetes, trastornos glandulares, hormonales, tiroides, etc.		
* CARDIOPATIAS CONGENITAS: Enfermedades del corazón.		
* CARDIOPATIAS INFECCIOSAS: Enfermedades del corazón, fiebre reumática, etc.		
* HERNIA INGUINALES, CURURALES.		
C - Ha padecido en fecha reciente:		
* Hepatitis (60 días)		
* Sarampión (30 días)		
* Paperas (30 días)		
* Mononucleosis infecciosa (30 días)		
* Traumatismos o golpes, esguince o luxaciones, fracturas de tobillo, hombro, etc. (30 días)		
* Broncoespasmos a repetición (asma)		
* Episodios convulsivos de la infancia (epilepsia)		
* Controles neurológicos		
* Trastornos de oído		
D - Alguna otra situación determinada por el médico: _____		
_____		
_____		
EDAD: _____		
PESO: _____		
TALLA: _____ GRUPO SANGUINEO: _____		

NOTA: En caso de contestar afirmativamente alguno de los items de la planilla, deberá presentarse conjuntamente con este formulario el Certificado Médico que avale la afección consignada, indicando que el alumno NO SE ENCUENTRA CAPACITADO PARA EFECTUAR ACTIVIDAD FISICA.

\* Cuando sobrevenga una de las enfermedades mencionadas u otra en particular, me comprometo a informar por medios fehacientes.

\* AUTORIZO a que mi hijo/a sea asistido por el SERVICIO DE EMERGENCIAS MEDICAS con el que cuenta el Colegio, en caso de lastimaduras o accidentes que pudieran surgir en el desarrollo de las actividades físicas.

\* AUTORIZO a que mi hijo/a a participar de actividades educativas y/o competitivas, dentro y/o fuera del Establecimiento, organizadas por el Departamento de Educación Física durante el año lectivo.

Firma y aclaración: \_\_\_\_\_ D.N.I. N°: \_\_\_\_\_  
 Padre, madre o tutor