

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha /..... /.....

Apellido y Nombres del Alumno

.....

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

.....

Dirección Teléfono:

Lugar a Viajar

.....

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?

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 acompañar la presente planilla con carnet o copia de carnet.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija
.....
en a los.....días del mes de..... del año
....., 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