

Buenos Aires, Febrero \_\_\_\_\_

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 nuestra/os estudiantes.

Esta ficha deberá ser completada por el referente familiar y/o adulta/o responsable. La misma es **requisito obligatorio** para que la/el estudiantes pueda participar de actividades físicas.

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

\_\_\_\_\_ DNI  
\_\_\_\_\_ que cursa \_\_\_\_\_ Sala/Grado de Educación Inicial/Primaria en el Establecimiento Educativo LOMAS DE NUÑEZ UPPER SCHOOL, con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_ en la Ciudad de \_\_\_\_\_ N° de contacto \_\_\_\_\_.

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 al establecimiento educativo.

Autorizo asimismo a mi hijo/a \_\_\_\_\_ a concurrir al campo de deportes, club Banco Provincia, sito en Yrigoyen 803, Vicente López, durante el ciclo lectivo 2024.

**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		
<b>Observaciones:</b> detalle las respuestas afirmativas.		

**Por la presente declaro que, 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

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Tipo y N° de DNI