

ANEXO VII
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? CON DIAGNÓSTICO Y PRESCRIPCIÓN MEDICA

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)

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