

ANEXO 7
PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS

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

Apellido y Nombres del Alumno.....

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

.....

Dirección Teléfono:

Lugar a Viajar: **Escuela Hogar Verónica**

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)

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 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

ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DNI

Firma Padre, Madre, Tutor
o Representante Legal

Aclaración de la Firma