

INSTITUTO DÁMASA ZELAYA DE SAAVEDRA

Incorporado a la Enseñanza Oficial A-128



Obra de Santa Nazaria Ignacia
"Bajar a la calle..."

CICLO LECTIVO 20.....

AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS

DATOS PERSONALES

Apellido: _____ Nombres: _____

Sexo: _____ Edad: _____ DNI: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sala/grado: _____

Domicilio: _____ Teléfonos _____

Celular responsable 1: _____ Celular responsable 2: _____

Obra social: _____ Número de afiliado: _____

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 estudiante 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 _____ 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 a cada establecimiento educativo.

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 (antes 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		
OBSERVACIONES (detalle las respuestas afirmativas).		

Por la presente declaro que, dentro de mis conocimientos y 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 Responsable 1: _____	Firma Responsable 2: _____
Aclaración: _____	Aclaración: _____
DNI N°: _____	DNI N°: _____

APTO FÍSICO

C.A.B.A., _____ de _____ de 20 _____

Dejo constancia, luego de haber examinado a _____

DNI _____ que se encuentra en condiciones físicas para realizar actividades de resistencia, gimnásticas y deportivas.

Se extiende el presente certificado para ser presentado ante las autoridades escolares del Instituto Dámasa Z. de Saavedra.

Firma del profesional

Sello aclaratorio y N° de matrícula