



PLANILLA DE SALUD

Actividad: _____

Alumno/a: _____

¿Padece alguna enfermedad o dolencia?.....

¿Toma algún medicamento?.....

¿Tiene problemas auditivos? Si – No ¿Cuáles?

¿Tiene problemas visuales? Si – No ¿Cuáles?

¿Tiene problemas en el habla? Si – No ¿Cuáles?

¿Antecedentes de lesiones ósteo-articulares y/ o musculares? SI - NO

Especificar.....

Durante los últimos tres años ¿Fue internado alguna vez? ¿Por qué?.....

¿Es asmático? SI – NO ¿Tiene antecedentes de Epilepsia o Convulsiones? SI – NO

¿Es diabético? SI – NO ¿Qué medicamento toma?

¿Es alérgico? SI – NO ¿A que?

¿Qué manifestaciones tiene?.....

¿Recibe tratamiento permanente? SI – NO ¿A qué se debe?.....

Vacunación obligatoria: Completa – Incompleta – Sin datos

¿Alguna vez sintió dolor de pecho mientras realizaba ejercicios físicos o inmediatamente después? SI – NO

¿Alguien de su familia ha sufrido una muerte súbita antes de los 50 años? SI – NO

¿Algún familiar directo tiene enfermedad cardiaca? Si – NO

Edad:..... Grupo sanguíneo:.....

***Adjuntar Certificado de Aptitud Psicofísica firmada por el Médico.**

SI EL O LA ATLETA TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD DURANTE LA ACTIVIDAD:

Concurrir a (institución):..... Domicilio:.....

Teléfono (de la institución.):..... Médico Pediatra.....

Teléfono (del pediatra): Obra social o mutual:.....

Familiar a quien avisar, Nombre y apellido:..... Teléfono:.....

El que suscribe manifiesta que:

-Siendo de su exclusiva responsabilidad el cuidado de su hija/o, es consciente de su edad, su estado físico y su salud.

-Previo a realizar cualquier actividad física, su hija/o se ha sometido a una revisión médica, consultando a su médico de cabecera.

-La decisión de que su hija/o realice cualquier actividad física es personal y voluntaria, asumiendo la obligación de que no concurra al gimnasio sino se encuentra en condiciones óptimas de hacerlo.

En virtud de lo expuesto, renuncia a cualquier acción judicial o extra judicial por los daños que pudiera sufrir durante o después de la realización de la actividad física llevada a cabo en la institución, y que sean consecuencia de las mismas, declinando y deslindando de responsabilidad a los titulares del espacio, a los profesores o encargados.

Siendo esta una fiel expresión de su voluntad, firma la presente al pie con fecha.

Firma.....

Aclaración.....

Fecha: / /

PLANILLA DE DATOS

ALUMNO:

Apellido y Nombre:..... DNI:

Lugar y Fecha de Nacimiento:..... Edad:

Domicilio:.....

Instagram:..... Facebook:.....

ADULTO RESPONSABLE:

Apellido y Nombre:..... Vinculo:

Profesión u ocupación: Celular:.....

Domicilio:..... Facebook:.....

Instagram:..... Firma:

ADULTO RESPONSABLE:

Apellido y Nombre:..... Vinculo:

Profesión u ocupación: Celular:.....

Domicilio:..... Facebook:.....

Instagram:..... Firma:

NOTA: Esta información es confidencial y será utilizada por el profesor de la institución, con fines preventivos, es por eso que solicitamos que completen todos los datos, y las planillas sean debidamente firmadas por los padres o tutores de las/os alumnos.

Muchas gracias por confiar en la institución.

En el transcurso de las clases los docentes a cargo del grupo realizarán vídeos y sacarán fotos para luego subir a las redes sociales, con el fin de mostrar en las mismas las actividades que realizaremos día a día.

Estoy de acuerdo y autorizo a que mi hijo/a aparezcan en ellas SI – NO

FIRMA: _____