



Planilla de salud 2017

Apellido y nombre:..... Año y div.:.....
Fecha de nacimiento:...../...../..... Nacionalidad:..... DNI:.....
Grupo sanguíneo.....

En caso de emergencia, en el caso de no encontrar a los padres, avisar a:

Nombre y apellido:Parentesco:Teléfono celular:.....
Nombre y apellido:Parentesco:Teléfono celular:.....

Obra social o servicio médico:..... N° de carnet:.....
Médico de cabecera: Teléfono:.....
Lugar de derivación en Zona Norte en caso de emergencia:
Padece alguna enfermedad.....
Recibe algún tratamiento
Fue internado alguna vez
Tiene algún tipo de alergia
Presenta alguna limitación física
Otros datos de interés.....

Autorizo a mi hijo a:

___ participar de las clases de Educación Física y representar al colegio en diferentes eventos deportivos.

___ a que reciba, de ser necesario, atención médica de emergencia.

.....

Firma del padre/madre

.....

Aclaración

Control médico

Lugar y fecha	Apto para realizar actividades físicas acordes a su edad	Firma y sello del médico

Observaciones:.....