

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS

Fecha / / Grado:

Apellido y Nombres del Alumno/a

Dirección Tel.:

Apellido y Nombres Padre:..... N°Cel:

Apellido y Nombres Madre:..... N°Cel:

Lugar a Viajar: **“Escuela – Hogar Verónica”, en la localidad de Verónica - Prov. Buenos Aires**

Fecha de la salida: **26 de abril al 3 de mayo de 2019**

1. ¿Es alérgico? SI NO

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

En caso de respuesta positiva: ¿cuál?

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:

- Enfermedades crónicas: (diabetes, asma, celiaquía, etc)

.....

- Dificultades con algún alimento:

.....

- Dificultades con el sueño: SI NO Enuresis: SI NO

Otras observaciones:

.....

.....

5. ¿Tiene Obra Social? SI NO

En caso de respuesta positiva deberá acompañar la presente planilla con copia del carnet.

Fotocopia legible del anverso del carnet de la prepaga

Fotocopia legible del reverso del carnet de la prepaga

Si considera necesario consignar alguna información de interés para los docentes, por favor señálelo a continuación:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

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 y/o necesidad, según lo dispongan los profesionales médicos.

La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba.

Firma del responsable parental o tutor

Aclaración de la firma