

COMPETENCIAS DEPORTIVAS INTERCOLEGIALES SAN JUAN 2023

Esta **AUTORIZACION** y **FICHA MEDICA** ha sido elaborada de acuerdo a la Resolución N° 3806 ME - 2021

AUTORIZACION DEL PADRE, MADRE o TUTOR:

Autorizo a mi hijo/a: _____ D.N.I. N°: _____, fecha de nacimiento: __/__/__, con domicilio _____, a participar de las Competencias Deportivas Intercolegiales en su etapa departamental representando a la Institución: _____; a realizarse desde el mes de agosto al mes de noviembre del corriente año.-

Dejo constancia que he sido informado de las características particulares de este evento, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar, medios de transporte a utilizar y lugares donde se realizarán dichas actividades.-

Autorizo a los responsables de la salida a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades en aspectos acotados, que resulten necesarios, a solo criterio y sin aviso previo, sobre lo cual me deben informar y fundamentar al regreso.-

Autorizo en caso de necesidad y urgencia, a hacer atender a mi hijo/a por profesionales médicos y que se adopten las prescripciones que ellos indiquen, sobre lo cual requiero inmediato aviso.-

Los Docentes a cargo del cuidado de mi hijo/a no se harán responsables de los objetos u otros elementos de valor que él pueda llevar.-

Teléfonos de contacto: _____.-

FICHA MEDICA DEL ALUMNO:

Grupo sanguíneo: _____ . Factor RH: _____ . Peso: _____ . Altura: _____ .

ANTECEDENTES ALERGICOS: Si es alérgico coloque SI o NO: _____.

Si respondió (SI) indique a que: _____, medicamento: _____.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES: Si padece o padeció algunas de las siguientes enfermedades, coloque SI o NO.-

Rubeola: ____ . Anginas: ____ . Poliomielitis: ____ . Epilepsia: ____ . Varicela: ____ . Asma: ____ . Ulceras: ____ . Chagas: ____ .

Sarampión: ____ . Meningitis: ____ . Convulsiones: ____ . Otitis: ____ . Diabetes: ____ . Anemia: ____ .

Infección urinaria: ____ . Arritmia: ____ . Hemofilia: ____ . Hipertensión: ____ . Tuberculosis: ____ . Hepatitis: ____ .

Colecistitis: ____ . Bronquitis: ____ . Epistaxis: ____ . Otra (indicar cual): _____ .

Visión – audición: ¿Realiza algún control? SI o NO: _____.

¿En los últimos 30 días sufrió?: Fracturas: ____ . Esguinces: ____ . Prótesis: ____ . Cirugías: ____ . Procesos

inflamatorios: ____ . Enfermedades infecto contagiosas: ____ . Traumatismo de cráneo ____ pérdida de

conocimiento ____ Calendario de vacunación completo: SI o NO: _____.

Si está actualmente bajo tratamiento médico por alguna afección, mencionar los siguientes datos:

Enfermedad: _____ . Medicamento: _____.

¿Dio positivo de Covid?: Si ____ No ____ Fecha de alta: __/__/__ Recibió Vacunas? Si ____ No ____

Tiene Obra Social: SI o NO: _____.

Si respondió (SI) indique cual _____.-

Realizó estudios pos Covid, cuáles? _____

DECLARO bajo juramento que los datos consignados son verdaderos y **CERTIFICO** también como padre que mi hijo/a no se encuentra actualmente con problemas de salud física o tratamiento médico que le impidan participar de los mencionados eventos.-

LUGAR: _____ . FECHA: _____.-

FIRMA DEL PADRE MADRE O TUTOR

D.N.I.

ACLARACION