

Corresponde al Expediente N° 5802-1701421/17

ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDA EDUCATIVA/~~SALIDA DE~~ ~~REPRESENTACION INSTITUCIONAL~~

Fecha:

Apellido y Nombres del.....

Apellido y Nombre del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

.....

Dirección..... Teléfono.....

Lugar a Viajar: Villa La Angostura – San Carlos de Bariloche

1. ¿Es alérgico? ☐ SI – ☐ NO (tachar lo que no corresponda)

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 (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿Cuál?.....

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

.....

5. ¿Tiene Obra Social? ☐ SI ☐ NO (tachar lo que no corresponda). En caso de respuesta positiva deberá acompañar la presente planilla con carnet o copia del carnet.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/a en a los días del mes de, autorizando por la presente a actuar en caso de emergencia, según lo dispongan profesionales médicos.

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

**Firma Padre, Madre, Tutor o
Representante Legal**

Aclaración de firma