



ANEXO VII

PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE  
REPRESENTACION INSTITUCIONAL

Fecha..... /..... /.....

Apellido y Nombres del Alumno.....

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

Dirección..... Teléfono:.....

Lugar a viajar.....

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?, con diagnóstico y prescripción médica.

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 consignarlo en la planilla y concurrir con el carnet, presentando una copia para adjuntar a la presente.

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, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

Firma Padre, Madre, Tutor o  
Representante Legal

Aclaración de la Firma