



Michael Ham Memorial College
 PRIMARIA - Vicente López
Registro de firmas 2023

Validez: hasta el
 30 /03/2024

El que suscribe: (médico), matrícula profesional N° toma conocimiento y autoriza al **ALUMNO/A** que cursa (**curso y división**) a realizar actividad física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a la edad y sexo conforme a los lineamientos curriculares y extracurriculares vigentes.

COMPLETAR CON LETRA DE IMPRENTA TODOS LOS ITEMS

| A. Se encuentra padeciendo: | NO | SI | Especificar en caso afirmativo |
|---|----|----|--------------------------------|
| *Procesos inflamatorios infecciosos | | | |
| B. Padece alguna de las siguientes enfermedades | | | |
| *Metabólicas: (diabetes, celiacía, lactosa, etc) | | | |
| *Otras patologías relacionadas a la alimentación | | | |
| *Cardiopatías congénitas o infecciosas | | | |
| *Hernias inguinales | | | |
| *otra (especificar) | | | |
| C. Ha padecido en fecha reciente: | | | |
| *Hepatitis (60 días) | | | |
| *Sarampión (30 días) | | | |
| *Parotiditis (30 días) | | | |
| *Mononucleosis infecciosa (30 días) | | | |
| *Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro, etc. (60 días) | | | |
| D. Responder | | | |
| ¿Tiene problemas respiratorios? | | | |
| ¿Sufre algún tipo de alergia? | | | |
| ¿Sufre o ha sufrido convulsiones? | | | |
| ¿Estuvo o está en tratamiento médico? | | | |
| ¿Toma alguna medicación habitualmente? | | | |
| ¿Estuvo o está en tratamiento psicológico y/o psiquiátrico? | | | |
| ¿Estuvo o está en tratamiento psicopedagógico? | | | |
| ¿Estuvo o está en tratamiento fonoaudiológico? | | | |

Intervenciones quirúrgicas programadas o por accidente:

Alguna otra situación determinada por el médico

Nota: En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems de la planilla **deberá presentarse**, conjuntamente con este formulario, el **certificado médico** que avala la afección consignada, indicando si en virtud de la misma, el alumno se encuentra capacitado o no para hacer actividad física. Cuando sobrevenga una de las enfermedades mencionadas u otra en particular me comprometo a informar por medios fehacientes.

MEDICINA PREPAGA N° afiliado Plan

Médico Pediatra que lo/a atiende TE

.....

EN CASO DE EMERGENCIA AUTORIZO QUE MI HIJO/A SEA TRASLADADO/A Y ATENDIDO/A EN EL HOSPITAL VL.

.....

Lugar y fecha

.....

Firma y sello del médico



Michael Ham Memorial College
 PRIMARIA - Vicente López
Registro de firmas 2023

Validez: hasta el
 30 /03/2024

| | |
|---|-------------------------------|
| APELLIDO Y NOMBRE del alumno/a <i>(según documento)</i> | Curso y División |
| | |
| Fecha de Nacimiento:/...../..... DNI Nacionalidad | |

| | |
|----------------------------|----------------------|
| TELÉFONOS: | |
| Particular: | |
| MAMÁ: celular | oficina |
| PAPÁ: celular | oficina |

DOMICILIO:

Calle Nro: Dto: Barrio: Lote N°
 Localidad Partido Código Postal:

e-mail:

mamá
 papá

En caso de necesidad y no poder ubicar a los padres llamar a: (nombre y apellido, parentesco y TE):

Por medio de la presente autorizo a mi hijo/a a concurrir a las salidas didácticas y competencias deportivas fuera del predio de la institución organizadas por el Colegio.

Por la presente me notifico dando conformidad de haber leído las **Normas y el Compromiso de Convivencia**.

APELLIDO (de soltera) Y NOMBRE DE LA MADRE

.....
 Ocupación:
 Horario laboral:
 Firma:
 DNI: N°

APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE

.....
 Ocupación:
 Horario laboral:
 Firma:
 DNI: N°

Firma de la alumno/a:

Para mantener actualizados nuestros registros rogamos comunicarnos dentro de las 24 hs. cualquier cambio en esta ficha: DOMICILIO - TELÉFONO - CELULAR - SALUD - OBRA SOCIAL - MÉDICO - etc.

