



## AUTORIZACION Y FICHA DEPORTIVA

### AUTORIZACION DEL PADRE, MADRE o TUTOR RESPONSABLE:

Autorizo a: \_\_\_\_\_ D.N.I. N°: \_\_\_\_\_, fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, con

Domicilio \_\_\_\_\_, a participar de las Actividades deportivas propuestas desde la secretaria de deportes de la provincia de San Luis a realizarse durante el periodo comprendido entre marzo 2022 y diciembre 2022-

Dejo constancia que he sido informado de las características particulares de estas actividades, como así también de los responsables de las actividades a desarrollar y lugares y horarios donde se realizaran dichas actividades.-

Autorizo a los profesores responsables a disponer cambios con relación a la planificación de las actividades, que resulten necesarios, a solo criterio y sin aviso previo.

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.

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: 1 \_\_\_\_\_.-2 \_\_\_\_\_.-

### FICHA MÉDICA 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 alguna enfermedad, mencione cuales y especifique.

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? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Tiene Obra Social: SI o NO: \_\_\_\_\_.

Si respondió (SI) indique cual \_\_\_\_\_.-

**ATENCION: La presente autorización y ficha del alumno debe estar acompañada de la fotocopia actualizada del último control médico, el cual tiene validez de 1 (un) año desde su fecha de realización, en donde se debe certificar la aptitud física del alumno.**

DECLARO bajo juramento que los datos consignados son verdaderos y CERTIFICO también como padre, madre o tutor responsable que mi representado no se encuentra actualmente con problemas de salud física o tratamiento médico que le impidan participar de los mencionados eventos.-

LUGAR: \_\_\_\_\_ . FECHA INICIO ACTIVIDADES: \_\_\_\_\_.-

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE MADRE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
D.N.I.

\_\_\_\_\_  
ACLARACION

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y ACLARACION DEL PROFESOR RESPONSABLE: