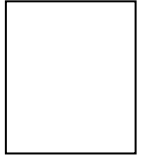




**FICHA DE SALUD Y AUTORIZACIÓN
PARA NIÑOS Y ADULTOS
CICLO LECTIVO 2020**
(Encerrar con un círculo lo que corresponda)



TURNO: **Mañ. / Tarde / Vesp. / Mixto**

PELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO: **EDAD:**..... *CURSO*

D.N.I.: **FECHA DE NAC.:**..... **TELÉFONO:**

GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR: **¿ES ALÉRGICO?:**

¿A QUÉ?

INDIQUE A QUÉ MEDICAMENTOS ES ALÉRGICO:

ENFERMEDADES O DOLENCIAS FÍSICAS:

PSICOLÓGICAS:

PSIQUIÁTRICAS:

¿TOMA MEDICACIÓN?: **¿CUÁL?**

¿TIENE OBRA SOCIAL?: **¿CUÁL?**

PLAN..... **Nº DE SOCIO /AFILIADO:**

EN CASO DE EMERGENCIA:

¿AUTORIZA LA ATENCIÓN INMEDIATA DEL SERVICIO DE URGENCIAS (E.M.M.E)? **SI - NO**

TEL. DE URGENCIA 1: **NOMBRE DEL FAMILIAR:**

TEL. DE URGENCIA 2: **NOMBRE DEL FAMILIAR:**

TEL. DE URGENCIA 3: **NOMBRE DEL FAMILIAR:**

¿AUTORIZA EL TRASLADO? **SI - NO**

¿TIENE PREFERENCIA POR ALGÚN HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO? **SI - NO**

¿CUÁL?

DIRECCIÓN: **TEL.:**

AUTORIZACIÓN PARA MENORES DE 18 AÑOS:

AUTORIZO A MI HIJO A RETIRARSE (PADRE- FAMILIAR-SOLO) DE SUS CLASES SEMANALES DURANTE EL CICLO LECTIVO. EN CASO DE IRSE ACOMPAÑADO SE IRAN CON:

SR/A **DNI:**..... **PARENTESCO:**.....

SR/A **DNI:**..... **PARENTESCO:**.....

AUTORIZO A QUE EL MENOR SE RETIRE SOLO EN CASO DE NO TENER CLASES O QUE SU PROFESOR FINALICE LA CLASE EN FORMA ANTICIPADA. **SI - NO** (TACHAR LOS QUE NO CORRESPONDA).

AUTORIZO A QUE LA IMAGEN, VOZ Y VIDEO DE MI HIJO SEA PUBLICADA CON FINES PEDAGÓGICOS EN WEB O PUBLICACIONES INSTITUCIONALES DE DIFUSIÓN? **SI - NO**

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR:

ACLARACIÓN DE LA FIRMA:

D.N.I.: **PARENTESCO**.....