



Conservatorio de Música
Julián Aguirre

PROVINCIA DE BUENOS AIRES
DIRECCIÓN GENERAL DE CULTURA Y EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN ARTÍSTICA

FICHA DE SALUD

CICLO LECTIVO 20__

Formación Básica - Ciclo Superior - Curso de Extensión
(tachar lo que no corresponda)

Apellido y nombres.....

DNI..... Sexo..... Fecha de nacimiento: Edad:

Teléfono ante emergencias..... Pertenece a.....

Teléfono alternativo..... Pertenece a.....

- Grupo sanguíneo y factor:
- ¿Es alérgico?: En caso de respuesta positiva, especificar:.....
- Enfermedades o dolencias
 - FÍSICAS:
 - PSICOLÓGICAS:
 - PSIQUIÁTRICAS :.....
- Toma alguna medicación: En caso de respuesta positiva, especificar:.....
- Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo:.....
- ¿Tiene obra social?..... En caso de respuesta positiva, especificar:.....
Adjuntar fotocopia de la credencial de la obra social.

MAYORES DE EDAD: Dejo constancia de haber cumplimentado mi planilla de salud.

MEJOR DE EDAD: Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/a:

En....., a los días del mes de..... del año.....

Autorizando por el presente (en caso de emergencia) a actuar según lo dispongan los profesionales médicos.

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

.....

Firma

.....

Aclaración de la firma / DNI / Parentesco

AUTORIZACIÓN DE RETIRO DE MENORES

Autorizo a mi hijo/a a retirarse de sus clases durante el presente ciclo lectivo solo: **SI - NO**

Acompañado por:

Nombre y Apellido:DNI:Vínculo con el alumno:

Nombre y Apellido:DNI:Vínculo con el alumno:

Nombre y Apellido:DNI:Vínculo con el alumno:

Autorizo a que el menor se retire solo en caso de no tener clases o que el docente finalice las clases en forma anticipada: **SI - NO**

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

.....

Firma

.....

Aclaración de la firma / DNI / Parentesco