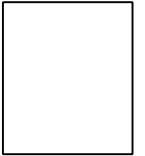




**FICHA DE SALUD Y AUTORIZACIÓN
PARA NIÑOS Y ADULTOS**

CICLO LECTIVO 2021



Conservatorio
Julián Aguirre

(Encerrar con un círculo lo que corresponda)

TURNO: Mañ. / Tarde / Vesp./ Mixto

CURSO

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

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.....