

IV. TRATAMIENTOS:

¿Recibe tratamiento médico? SI NO Especifique:.....

¿Quirúrgicos? SI NO Edad:..... Tipo de cirugía:.....

.....

¿Presenta alguna limitación física? SI NO Aclaración:.....

.....

Otros problemas de salud:.....

NOTA: En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems deberá presentarse junto con esta planilla, el certificado médico que avale la afección mencionada, y si la misma lo incapacita Total o parcialmente para la actividad escolar.

V. SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD:

Recurrir a: Institución:.....

Dirección:..... Teléfono:.....

Avisar al Médico: Nombre y Apellido:.....

Dirección:..... Teléfono:.....

Avisar a familiar: Nombre y Apellido:.....

Dirección:..... Teléfono:.....

ME COMPROMETO A INFORMAR DE INMEDIATO A LAS AUTORIDADES DEL INSTITUTO Y AL DOCENTE A CARGO DE MI HIJO, CUALQUIER CAMBIO EN SU SALUD

.....
Firma del Padre / Tutor

.....
Aclaración de la firma – D.N.I.

.....
Firma de la Madre / Tutor

.....
Aclaración de la firma – D.N.I.

NOTA: Se adjuntan fotocopias de certificados de vacunas