

IV. SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD:

Recurrir a: Institución: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Avisar al Medico: Nombre y Apellido: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Avisar al 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

ACLARACIÓN - DNI

FIRMA DE LA MADRE

ACLARACIÓN - DNI

NOTA: Se adjuntan fotocopias de certificados de vacunas

PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL MÉDICO

En el día de la fecha dejo constancia que el alumno _____ se encuentra apto para realizar educación física a nivel escolar y deportes

Fecha

Firma y sello del profesional