

AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA REALIZAR ED. FÍSICA AÑO: _____

Fecha: ____/20__

Nombre y apellido del alumno:

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento? NO SÍ

¿Cuál? _____

¿Recibe tratamiento médico? NO SÍ Especifique _____

¿Presenta alguna limitación física? NO SÍ Especifique _____

Autorizo a _____ a realizar actividades de Educación Física durante el ciclo lectivo 20__.

Firma y sello del médico/a:

INFORME FAMILIAR PARA REALIZAR ED. FÍSICA 20__

Fecha: ____/20__

Adjunto autorización del médico/a tratante de mi hijo/a _____. Dicha autorización fue emitida por el/la Dr./a firmante a los efectos de que mi hijo/a realice Educación Física en el ciclo lectivo 20__. Dejo constancia de que en las fichas del cuaderno de comunicados, figuran los nombres y teléfonos de aquellos adultos a los que la institución puede recurrir en caso de que mi hijo/a tuviera un problema de salud en la escuela. Me comprometo a informar de inmediato a la institución por medio de cuaderno de comunicados o solicitando una entrevista, acerca de cualquier novedad significativa en relación al estado de salud de mi hijo/a.

Firma del padre

Firma de la madre

Aclaración

Aclaración

PRESENTAR AUTORIZACIÓN E INFORME AL PRECEPTOR DE ED. FÍSICA EN LA PRIMERA CLASE DE ESTA MATERIA. EN EL CASO DE LA AUTORIZACIÓN MÉDICA, DEBE TENER FECHA DEL AÑO EN QUE EL ALUMNO/A CURSARÁ EDUCACIÓN FÍSICA.

