

FICHA DE SALUD- VIAJE de FIN DE AÑO

FECHA/...../.....

APELLIDO Y NOMBRE DEL COLONO.....

APELLIDO Y NOMBRE DEL PADRE, MADRE OTUTOR.....

DIRECCIÓN.....TELÉFONO.....

E-MAIL:.....

ES ALÉRGICO? SI - NO A QUÉ?.....

HA SUFRIDO EN LOS ÚLTIMOS 30 DIAS (MARCAR CON UNA X)

- a) PROCESOS INFLAMATORIOS ()
b) FRACTURAS O ESGUINCES ()
c) ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSAS ()
d) OTRAS

ESTÁ TOMANDO ALGUNA MEDICACIÓN? SI - NO

CUAL/ES?.....

COMENTARIOS O INDICACIONES QUE ESTIME NECESARIO DEBAN CONOCER LOS PROFESORES Y PERSONAL MEDICO.

.....
.....

AUTORIZO A MI HIJO/A.....DE.....EDAD,
A REALIZAR EL VIAJE/COLONIA/EXCURSION AENTRE LOS DIAS
DEL AÑO.....,COMO TAMBIEN AUTORIZO POR LA PRESENTE (EN CASO DE EMERGENCIA) A
ACTUAR SEGÚN LO DISPONGAN LOS PROFESIONALES MEDICOS.

DNI DEL COLONO:FECHA DE NACIMIENTO.....

TELEFONOS DE EMERGENCIA (CONSIGNAR VARIOS)

.....
.....
.....

DEJO CONSTANCIA DE HABER CUMPLIMENTADO LA PLANILLA DE SALUD DE MI HIJO/A:
LA PRESENTE SE REALIZA BAJO LA FORMA DE DECLARACION JURADA CON RELACION A LOS
DATOS CONSIGNADOS ARRIBA.

FIRMA Y ACLARACION DEL
PADRE MADRE O TUTOR