

**ANEXO VII**

**PLANILLA DE SALUD PARA SALIDAS EDUCATIVAS / SALIDAS DE REPRESENTACION INSTITUCIONAL**

Fecha ..... /..... /.....

Apellido y Nombres del Alumno

.....  
Apellido y Nombres del Padre, Madre, Tutor o Representante Legal

.....  
Dirección ..... Teléfono:.....  
Lugar a Viajar

1. ¿Es alérgico? Si No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿a qué?.....  
.....  
.....

2. ¿Ha sufrido en los últimos 30 días (marcar con una x)

a) Procesos Inflamatorios (\_\_\_)

b) Fracturas o esguinces (\_\_\_)

c) Enfermedades infecto-contagiosas (\_\_\_)

d) Otras: .....  
.....

3. ¿Está tomando alguna medicación? Si No (tachar lo que no corresponda)

En caso de respuesta positiva: ¿cuál? .....  
.....

4. Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deba conocer el personal médico y docente a cargo: .....  
.....  
.....

5. ¿Tiene Obra Social? si no (tachar lo que no corresponda)

**En caso de respuesta positiva deberá acompañar la presente planilla con carnet o copia de carnet.**

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/hija

.....  
en ..... a los..... días del mes de.....

del año ....., autorizando por la presente a actuar, en caso de emergencia, según lo dispongan los profesionales médicos. La presente se realiza bajo la forma de declaración jurada con relación a los datos consignados arriba

**Firma Padre, Madre, Tutor o Representante Legal**

**Aclaración de la Firma**