

Anexo

Todos/as los/as integrantes del contingente (Directivos, Docentes, personas que acompañan, estudiantes, celadores, etc.) deberán completar la Ficha de antecedentes de salud para salidas escolares.

El/la abajo firmante asume la responsabilidad de informar las condiciones de salud solicitadas con respecto al/la estudiante. Queda notificado/a que, en caso de emergencia, el/la estudiante será trasladado/a al centro asistencial, salvo indicación expresa y por escrito en contrario que deberá adjuntarse con la presente ficha. Además, se compromete a comunicar a la institución por escrito cualquier modificación posterior a la información declarada en esta ficha.

Los adultos que participan de la salida escolar quedan notificado/a que, en caso de emergencia, serán trasladados/as al centro asistencial, salvo indicación expresa y por escrito en contrario que deberá adjuntarse con la presente ficha.

La Dirección General de Escuelas sugiere a los adultos responsables de los/as estudiantes el control médico anual de los/las mismos/as.

En la Modalidad de Educación Especial se procederá de la siguiente manera: para las salidas diarias, la “Ficha de Antecedentes de Salud para salidas escolares” deberá estar firmada por el adulto responsable. En el caso de las salidas con pernocte, es obligatorio que la “Ficha de Antecedentes de Salud para salidas escolares”, sea completada por el/la profesional médico/a de cabecera del/la estudiante y suscriba con firma y sello de la misma; además de la firma del adulto responsable.

**6. FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD PARA SALIDAS ESCOLARES
-MODELO PARA ESTUDIANTES-**

Fecha ____/____/____

Apellido y nombre del/la estudiante _____ DNI: _____
 Grado/Año: _____ División: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Obra social: _____ Número de afiliado: _____
 Grupo sanguíneo _____ Factor RH _____
 Certificado único de Discapacidad: SÍ NO (marque lo que corresponda)
 Tipo de discapacidad _____
 Domicilio: _____ N° _____ Piso: _____ Dpto: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____
 Apellido y nombre del Adulto responsable _____
 DNI N°: _____ Teléfono fijo: _____ Teléfono cel: _____

ANTECEDENTES PERSONALES (marque lo que corresponda)

¿Presenta algún tipo de alergia?	SÍ	NO
¿Cuál?		
¿Se encuentra realizando algún tratamiento?	SÍ	NO
¿Cuál?		
¿Toma alguna medicación?	SÍ	NO
¿Cuál?		
Dosis:		
¿Presenta vértigo?	SÍ	NO
¿Tiene alguna intolerancia alimentaria?	SÍ	NO
¿Cuál?		
¿Está apto para realizar ejercicio físico?	SÍ	NO

OBSERVACIONES _____

Por la presente afirmo que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas, mis respuestas son veraces.

Firma y aclaración del adulto responsable

ANEXO
6. FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD PARA SALIDAS ESCOLARES
-MODELO PARA ADULTOS QUE PARTICIPAN DE LA SALIDA-

Fecha ____/____/____

Apellido y nombre del adulto _____ DNI: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Obra social: _____ Número de afiliado: _____

Grupo sanguíneo _____ Factor RH _____

Certificado único de Discapacidad: SÍ NO (marque lo que corresponda)

Tipo de discapacidad _____

Domicilio: _____ N° _____ Piso: _____ Dpto: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

En caso de necesidad contactar a: _____

Teléfono fijo: _____ Teléfono cel: _____

ANTECEDENTES PERSONALES (marque lo que corresponda)

¿Presenta algún tipo de alergia?	SÍ	NO
¿Cuál?		
¿Se encuentra realizando algún tratamiento?	SÍ	NO
¿Cuál?		
¿Toma alguna medicación?	SÍ	NO
¿Cuál?		
Dosis:		
¿Presenta vértigo?	SÍ	NO
¿Tiene alguna intolerancia alimentaria?	SÍ	NO
¿Cuál?		
¿Está apto para realizar ejercicio físico?	SÍ	NO

OBSERVACIONES _____

Por la presente afirmo que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas, mis respuestas son veraces.

 Firma y aclaración