



**PLANILLA DE SALUD PARA SALIDA EDUCATIVA  
SALIDAS DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL**

Anexo 7

Fecha: ...../...../.....

Apellido y nombres del Alumno:

.....

Apellido y nombres del Padre / Madre / Tutor o Representante Legal:

.....

Dirección ..... Tel.: .....

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 infectocontagiosas?

d) Otras? Cuáles? .....

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 del carnet.

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/a .....

.....

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 Madre, Padre, Tutor o Representante Legal

.....  
Aclaración de la Firma