

ANEXO 7

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

HEALTH FORM FOR EDUCATIONAL FIELD TRIPS / ENGLISH TRANSLATION

Please fill out the spanish version

Date:

Student's Full Name:

Parent's/Guardian's Full Name:

Address:

Home Phone:

Trip Destination:

Does your child have any allergies? Yes No

If yes, please specify what s/he is allergic to:

Has your child had any of the following in the past 30 days? If so place a check next to the appropriate condition.

Inflammatory processes Fractures or sprains Infectious or contagious illnesses

Other (please specify)

Is your child currently taking any medication? If so, please specify.

No Yes

Please specify any other information teaching or medical staff needs to know regarding your child's health.

Does your child have health insurance?

Yes, If so, please include a photocopy of the insurance card with this form. No

I hereby affirm that the above information is true and correct to the best of my knowledge, and that I have completed the health form for my child. This form is a sworn affidavit.

In La Lucila, Buenos Aires, on the ____ day of the month of _____, 2010, I hereby authorize the staff member of Asociación Escuelas Lincoln in charge of the field trip to authorize and/or provide emergency medical treatment for my child.

Parent or Legal Guardian's Signature

Print Signature