



PLANILLA DE SALUD PARA PASCUA JOVEN MORÓN.

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

Apellido y nombres del Participante:

.....

Apellido y Nombres del Padre, Madre O Representante Legal

.....

Dirección:

..... TE:.....

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 (indicar en caso de celiaquía/diabétes/vegetariano/otro para tener presente en las comidas):

.....

.....

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/a..... a los días del mes de

..... del 2025, 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, o Tutor o Representante Legal

Aclaración de la firma