

**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**