



## AUTORIZACIÓN SALIDAS 2025 - PRIMARIA

PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR A MI HIJA \_\_\_\_\_ DE \_\_° GRADO \_\_\_\_\_

Apellido y nombre:	DNI:
Parentesco / Relación:	Celular:
Apellido y nombre:	DNI:
Parentesco / Relación:	Celular:
Apellido y nombre:	DNI:
Parentesco / Relación:	Celular:
Apellido y nombre:	DNI:
Parentesco / Relación:	Celular:
Apellido y nombre:	DNI:
Parentesco / Relación:	Celular:
Apellido y nombre:	DNI:
Parentesco / Relación:	Celular:
Apellido y nombre:	DNI:
Parentesco / Relación:	Celular:

### 7mo grado

Autorizo a mi hija..... de 7° GRADO ..... a **retirarse SOLA del Colegio** al finalizar la jornada escolar, tanto a las **12:15 hs como a las 16:30** hs.

Asumo la total responsabilidad sobre mi hija ante cualquier problema que pueda surgir en la vía pública.

**FIRMA DE LA MADRE PADRE O TUTOR:**.....

**ACLARACIÓN:**.....

**DNI:**.....

## AUTORIZACIÓN CAMPO DE DEPORTES 2025

### 1er grado

Autorizo a mi hija ..... de 1° grado ...., a concurrir a las clases de Educación Física que se dictarán en **Club Harrods Gath & Chaves**, José Hernández 1350, CABA, los **jueves de 13.30 a 16.30** h, durante el ciclo lectivo 2025.

Las alumnas irán en transporte escolar desde el Colegio y serán acompañadas por las profesoras de Educación Física.

### 2do grado

Autorizo a mi hija .....de 2° grado .... a concurrir a las clases de Natación que se dictarán en el **Club Harrods Gath & Chaves, José Hernández 1350**, los días **viernes de 13.30 a 16.30** hs. durante el ciclo lectivo 2025.

Los traslados de ida y de vuelta se harán en transporte escolar y las alumnas irán acompañadas por las profesoras de Educación Física.

### 3ro y 4to grado

Autorizo a mi hija .....de ....° grado .... a concurrir a las clases de Educación Física que se dictarán en el **Club de Amigos** (Figueroa Alcorta 3885, CABA) los días **martes de 13.30 a 16.30** durante el ciclo lectivo 2025.

Los traslados de ida y de vuelta se harán en transporte escolar y las alumnas irán acompañadas por las profesoras de Educación Física.

### 5to y 6to grado

Autorizo a mi hija .....de ....° grado .... a concurrir a las clases de Educación Física que se dictarán en el **Club de Amigos** (Figueroa Alcorta 3885, CABA), los días **lunes de 13.30 a 16.30** durante el ciclo lectivo 2025.

Los traslados de ida y de vuelta se harán en transporte escolar y las alumnas irán acompañadas por las profesoras de Educación Física.

### 7mo grado

Autorizo a mi hija ..... de 7° grado ...., a concurrir a las clases de Educación Física que se dictarán en **Club Harrods Gath & Chaves**, José Hernández 1350, CABA, los **jueves de 13.30 a 16.30** h, durante el ciclo lectivo 2025.

Las alumnas irán en transporte escolar desde el Colegio y serán acompañadas por las profesoras de Educación Física.

**FIRMA DE LA MADRE PADRE O TUTOR:**.....

**ACLARACIÓN:**.....

**DNI:**.....



## AUTORIZACIÓN DE USO DE FOTOS Y VIDEOS

Colegio San Martín de Tours  
Presente

Autorizo a mi hija ..... de ..... grado ..... a participar en proyectos y actividades educativas cuyas fotos y videos ocasionalmente puedan ser publicados en la página web y redes sociales del Colegio y en las páginas de los proyectos colaborativos planificados por el docente.

Firma del padre: .....

Aclaración: .....

Firma de la madre: .....

Aclaración: .....

Fecha: .....



## FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD Y APTO FÍSICO

### COLEGIO SAN MARTÍN DE TOURS

Sala / Grado / Año      División      Fecha

Nombre y Apellido

Fecha de nacimiento (DD/MM/AÑO)

Edad                      años.

DNI                      Dirección

Tel

Celular Padre/Madre

Médico Pediatra/de familia

Teléfono de contacto

Cobertura Médico

Plan

Número Afiliado

Centros Médicos en los que prefiere ser atendido en caso de necesidad:

1. (Lugar – Dirección – Teléfono)
2. (Lugar – Dirección – Teléfono)
3. (Lugar – Dirección – Teléfono)

En caso de Emergencia comunicarse con:

1. (Apellido y nombre, vínculo, teléfonos de contacto)
2. (Apellido y nombre, vínculo, teléfonos de contacto)

### INFORMACIÓN GENERAL

Peso      kg.                      Estatura                      cm.

Grupo Sanguíneo                      Factor RH

Vacunación Completa                      SI      NO  
(incluye HPV)                      SI      NO

Consigne a continuación si el estudiante presenta algún problema o alteración que incida en su estado de salud histórico o actual. En caso de responder afirmativamente, por favor especificar y fechar.

Anomalías congénitas                      SI      NO

Detallar:

Otras anomalías que se debieran considerar

Detallar:

Alteraciones neurológicas SI NO

Detallar:

Alteraciones emocionales SI NO

Detallar:

#### Alteraciones en el aparato cardiovascular

Cardiopatías congénitas o infecciosas SI NO

Arritmias o soplo SI NO

Circulatoria SI NO

Hipertensión arterial SI NO

Hipercolesterolemia SI NO

Hemofílica SI NO

Palpitaciones SI NO

Alteraciones sanguíneas SI NO

Otras situaciones a considerar, detallar:

#### Alteraciones en el aparato respiratorio

Anomalías respiratorias SI NO

Sinusitis SI NO

Anginas SI NO

Asma bronquial SI NO

Otras situaciones a considerar, detallar:

#### Alteraciones en la estructura abdominal

Hernias SI NO

Cirugías SI NO

Úlcera gastroduodenal SI NO

Otras situaciones a considerar, detallar:

#### Alteraciones en la nutrición

Alteraciones digestivas SI NO

Celiaquía SI NO

Obesidad SI NO

Otras situaciones a considerar, detallar:

#### Alteraciones en la estructura muscular y osteoarticular

Fracturas |SI NO

Luxaciones	SI	NO
Esguinces	SI	NO
Lesiones ligamentosas	SI	NO
Lesiones musculares o tendinosas	SI	NO
Correcta organización columna vertebral	SI	NO
Traumatismo de cráneo	SI	NO

Otras situaciones a considerar, detallar:

**Ha padecido o padece en la actualidad:**

Convulsiones	SI	NO
Alteraciones en la piel	SI	NO
Procesos inflamatorios	SI	NO
Procesos infecciosos	SI	NO
Diabetes	SI	NO
Dengue	SI	NO
Fiebre reumática	SI	NO
Hepatitis	SI	NO
Mal de Chagas	SI	NO
Parotiditis	SI	NO
Tuberculosis	SI	NO
Vértigos/mareos	SI	NO
Tos crónica	SI	NO

Otras situaciones a considerar, detallar:

**Alergias**

Especificar y fechar:

Agudeza visual. ¿Usa lentes? SI NO

Evaluación auditiva. Normal SI NO

**Durante o inmediatamente después de la realización de actividad física ha padecido alguna vez:**

Cefaleas	SI	NO
Mareos	SI	NO
Vómitos	SI	NO
Cansancio extremo	SI	NO
Dolor en el pecho	SI	NO
Dificultad para respirar	SI	NO
Pérdida de conciencia	SI	NO

Otros síntomas, detallar:

Falta o no funcionamiento de algún órgano (ej. riñón, ojos) SI NO

¿Toma alguna medicación en forma regular? SI NO

(Motivo – Descripción – Fecha estimada inicio del tratamiento – Dosis – Administración)

¿Tiene contraindicado algún medicamento? SI NO

Detallar:

¿Ha sido internado alguna vez? SI NO

¿Cuándo? ¿Por qué?

¿Fue operado en algún momento? SI NO

¿Cuándo? ¿De qué?

¿En la actualidad, existe alguna otra situación vinculada con la salud del alumno que corresponda informar?

Especificar:

¿Existe alguna actividad que por cuestiones de salud no pueda realizar?

SI NO

Detallar:

¿Realiza tratamiento psicológico o psicopedagógico en la actualidad?

SI NO

Desde (fecha):

Motivo:

## OBSERVACIONES

Dejamos constancia de que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestra hija son verídicos.

Autorizamos al Dpto. Médico del Establecimiento Educativo o al Servicio de Emergencias contratado por el mismo a prestar asistencia médica a mi hija en caso de ser necesario.

Nos comprometemos a notificar a las autoridades del Instituto, dentro de los cinco días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud durante el transcurso del ciclo lectivo y/o que variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

Fecha

Firma

Aclaración

DNI de los padres

## CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ...../...../20....

Certifico que....., DNI....., de .....años de edad, habiendo sido examinado clínicamente y realizando los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar de actividades escolares; en viajes y salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del Área de la Educación Física, sean las mismas, de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extra curriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

Firma y sello del Médico Interviniente

N° de Matrícula

## PLANILLA DE SALUD

### AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS

**FICHA ÚNICA DE APTITUD FÍSICA:** Aplicable para el desarrollo de actividades físicas en todos los niveles y modalidades del Sistema Educativo. Es importante contar con la misma para conocer el estado general de la salud de nuestra/os estudiantes.

Esta ficha deberá ser completada por el referente familiar y/o adulta/o responsable. La misma es **requisito obligatorio** para que la/el estudiantes pueda participar de actividades físicas.

Quien suscribe \_\_\_\_\_ en mi carácter de referente familiar y/o adulto responsable de la/el estudiante \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ que cursa \_\_\_\_\_ año/grado de Educación Inicial/Primaria/Secundaria en el Establecimiento Educativo \_\_\_\_\_ con fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_ en la Ciudad de \_\_\_\_\_ N° de contacto \_\_\_\_\_.

Declaro estar debidamente **informado** y doy mi expreso **consentimiento** para que mi hijo/a/representado/a pueda realizar actividades físicas por el plazo de un año a partir de la firma de la presente y acorde a la planificación correspondiente a cada establecimiento educativo.

**Marque con una cruz la opción que corresponda:**

	SI	NO
Problemas cardíacos		
Muerte súbita en familiares (menores de 50 años)		
Hipertensión		
Obesidad		



Asma bronquial		
Pérdida de conciencia		
Convulsiones		
Traumatismo de Cráneo		
Diabetes		
Alteraciones Sanguíneas		
En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:		
Desmayos		
Mareos		
Dolor en el pecho		
Cansancio excesivo		
Palpitaciones		
Dificultad para respirar		
Afecciones Auditivas		
Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Problemas en los huesos o articulaciones		
Cirugías		
Internaciones		
Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
Falta o no funcionamiento de algún órgano par (Ej. Riñón, ojos, testículos)		
Alergias		
Tos crónica		
Toma de medicación habitual		
Alergia a algún medicamento		
Problema de piel		
Usa anteojos		
Vacunación completa		
<b>Observaciones:</b> (detalle las respuestas afirmativas).		

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

**Importante:** En caso de contestar de modo afirmativo en alguno de los ítems anteriores, deberá presentar las certificaciones médicas correspondientes que avalen esa información, donde el profesional tratante deberá consignar que la/el estudiante se encuentra apta/o para realizar actividad física.



En caso de padecer algunas de estas enfermedades durante el año, el referente familiar y/o adulta/o responsable deberá comprometerse a informar a las autoridades del establecimiento educativo, acompañando la certificación médica correspondiente.

**PAUTAS GENERALES DE CUIDADO:**

Se recomienda realizar control de salud anuales, con el objetivo de mantener el control de crecimiento y desarrollo de las/os niñas/os y adolescentes, además de detectar precozmente factores de riesgo y patologías según edad y sexo.

.....

Firma

.....

Aclaración

.....

Tipo y N° de DNI

Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (Cesac) cuentan con equipos de profesionales que brindan el cuidado de salud a la familia. Cada persona/familia puede tener acceso a un equipo y ser siempre el mismo quien organice sus cuidados. Todos los Cesac cuentan con Historia Clínica electrónica y única. Si todavía no te contactaste te acercamos las direcciones de los Centros de salud para que puedas abrir tu Historia Clínica y continuar tus cuidados en el Centro de Salud más cercano a tu domicilio:

<https://www.buenosaires.gob.ar/salud/especialidades-por-centro-de-salud>

