	FICHA DE SALUD ***COORDINACIÓN DE FORMACIÓN***	**2023**

Nombres: Apellidos: .

Fecha de nacimiento: Edad: .

Curso: .

Leer detenidamente el cuestionario, responder y hacer llegar con su hijo/a , a fin de que conozcamos los posibles problemas o dificultades que tengan para la realización de Actividad Física.

.

CUESTIONARIO

.

1.- ¿Tiene su hijo/a problemas cardiovasculares? Si es afirmativo mencionar que tipo de problema tiene

SI _____ NO_____ _____

2.- ¿Padece algún tipo de alergia? Explicar en caso afirmativo: SI _____ NO_____

.

3.- ¿Tiene dificultades respiratorias? Explicar en caso afirmativo: SI _____ NO_____

.

4.- ¿Manifiesta alguna patología osteo-articular? SI_____ NO_____

Explicar en caso afirmativo: .

5.- ¿Padece algún tipo de alteración en la columna vertebral? SI_____ NO_____

Explicar en caso afirmativo .

6.- ¿Padece alguna alteración en los pies , rodillas (planos, cavos,)? SI ____ NO _____

_____ .

7.- ¿Especifique aquellas enfermedades o traumatismos que haya sufrido y que requieran algún cuidado o tratamiento especial? .

.

8.- ¿Requiere su hijo/a alguna medicación? Indique: .

	FICHA DE SALUD ***COORDINACIÓN DE FORMACIÓN***	**2023**

9.- El alumno padece algún trastorno del aprendizaje (mencione) SI_____ NO ____

_____

10.-¿Problema de vista u oído, mencione cuál? _____

11.- Mencionar si el alumno padece de: Diabetes, Epilepsia, migrañas, mareos _____

12.-¿Tiene alguna enfermedad que impida hacer Ed. Física?¿Cuál? (si es así deberá presentar certificado médico a profesor)_____

13.-Practica: Actividad Física y/o Deportiva: SI_____ NO_____

14.-Practica algún tipo de actividad física. ¿Cuál es?_____.

_____.

15.-En caso de urgencia y no ubicar a los padres autorizo llamar a :

SR. (A): TELÈFONO: .

SR. (A): TELÈFONO: .

16.-Otros cuidados que considere explicar:_____.

_____.

En caso de padecer alguna dificultad física, enfermedad, operación o cualquier otro inconveniente que impida la correcta práctica en las clases de Ed. Física, inmediatamente informar, para seguridad y resguardo de los alumnos/as y Profesores del Equipo de Ed. Física del Colegio “Antilen”. Se solicita a los Padres y Apoderados adjuntar Certificado Médico, a la Ficha de Salud. (Antes del 15 de abril 2023)

Este formulario fue completado por el apoderado/a Sr. (a : _____.

Nombre: .

RUT: FIRMA: .

Dirección / Equipo de Ed. Física.