

El que suscribe, padre, madre o tutor del alumno/a:

.....
 del Jardín de Infantes del Norte toma conocimiento y autoriza que su hijo realice actividad física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a su edad y sexo conforme a los lineamientos curriculares vigentes. Esta autorización alcanza también a las actividades extra programáticas

Apellido y Nombres del Padre, Madre o Tutor:

Apellido y nombres del alumno:

Fecha de nac. N° Documento:

Dirección: Teléfono:

Obra Social: N° Afiliado:

Nombre del Pediatra: Tel del Profesional

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?

NO SÍ ¿Cuál?:

Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?:

NO SÍ ¿Por qué?:

¿TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA?

NO SÍ

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones:

La alergia se debe a: No sabe

¿Recibe tratamiento permanente?: NO SÍ

Contraindicaciones a medicamentos, alimentos, etc.: NO SÍ

Indicar cuales:

TRATAMIENTOS:

¿Recibe tratamiento médico?: NO SÍ Especifique:

Quirúrgicos: NO SÍ Edad: Tipo de Cirugía:

¿Presenta alguna limitación física?: NO SÍ Aclaración:

Otros problemas de salud:

Está tomando algunas medicación SÍ NO

En caso de respuesta positiva indique cuál?

Deje constancia de cualquier indicación que estime necesario deban conocer el personal médico y docente a cargo:

.....

VACUNAS OBLIGATORIAS (Tomando en cuenta el Calendario de Vacunación)

Vacunación: COMPLETA INCOMPLETA

En caso de ser incompleta se debe realizar consulta médica

Vacuna antitetánica:
(en caso de estar vacunado)

Fecha de aplicación
.....

Validez
.....

SI EL ALUMNO TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EN LA ESCUELA:

Avisar a Nombres y Apellido

Familiar Domicilio: Teléfono:

Avisar a Nombres y Apellido

(alternativa) Domicilio: Teléfono:

LA TOTALIDAD DE LOS DATOS E INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR QUIEN SUSCRIBE LA PRESENTE TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA. EL ABAJO FIRMANTE SE COMPROMETE A COMUNICAR AL ESTABLECIMIENTO CUALQUIER MODIFICACIÓN DE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN FORMA INMEDIATA Y DE MANERA FEHACIENTE.

.....
Fecha

.....
Firma del Responsable Parental

.....
Aclaración

Der unterzeichnende Erziehungsberechtigte / Tutor des Minderjährigen

.....
 des Jardín de Infantes del Norte nimmt zur Kenntnis und erlaubt, das sein Kind an sportlichen Aktivitäten teilnimmt, die eine Belastung gemäß seinem Alter, Geschlecht und geltenden Reglamentierungen entspricht. Diese Erlaubnis schließt auch die Aktivitäten während der Ferienkolonie ein.

Vor- und Nachname des Erziehungsberechtigten oder Tutors:

Vor- und Nachname des Kindes:

Geburtsdatum: N° des Ausweises:

Adresse: Telefon:

Krankenversicherung: Versicherungsnummer:

Name des Kinderarztes: Telefon:

Krankheitsgeschichte

¿Hat das Kind eine Krankheit, welche eine dauerende Behandlung oder medizinische Kontrolle erfordert?

NEIN JA Welche?:

Wurde das Kind in den letzten 3 Monaten interniert?

NEIN JA Weshalb?:

Leidet das Kind unter irgendeiner Allergie?

NEIN JA Welches sind die Symptome?:

Die Allergie ist zurückzuführen auf: Ist nicht bekannt? Ist das Kind in Behandlung? Nein JA

Gegenanzeigen/ Unverträglichkeit von Medikamenten / Lebensmitteln etc. NEIN JA

Welche?:

¿Hat das Kind eine Krankheit, welche eine dauerende Behandlung oder medizinische Kontrolle erfordert?

NEIN JA Welche?:

Behandlungen:

¿Ist Ihr kind in einer speziellen Behandlung?: NEIN JA spezifische Angeban:

Chirurgische Eingriffe: NEIN JA Alter: Arte der Operation:

¿Sind körperliche Einschränkungen zu beachten?: NEIN JA Welche:

Anderweitige körperliche Einschränkungen:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig irgendwelche Medikamente NEIN JA

Welche?

Bitte hinterlassen Sie hier jegliche Anweisungen, die nach Ihrem Ermessen ein Arzt oder Lehrer in bestimmten Fällen zu befolgen hat:

Impfungen: VOLLSTÄNDIG UNVOLLSTÄNDIG

Im Falle eines unvollständigen Impfpasses muss ein ein Arzt aufgesucht

Tetanusimpfung:
(im Falle, dass das Kind geimpft wurde)

Datum
.....

Gültigkeit bis
.....

SOLLTE DAS KIND ÄRZTLICHEN BEISTAND BENÖTIGEN:

**Familie
benach-
richtigen:**

Adresse:

Telefon:

**Alternativ
benach-
richtigen**

Vor- und Nachname

Adresse:

Telefon:

Die von dem Unterzeichnenden angegebenen Daten und Informationen entsprechen einer eidesstattlichen Erklärung. Der Unterzeichnende verpflichtet sich der Schule jegliche Änderung der der Daten unverzüglich und auf zuverlässigem wegen mitzuteilen