***AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA REALIZAR ED. FÍSICA AÑO: \_\_\_\_\_\_***

 Fecha: \_\_\_\_\_\_ /20\_\_

**Nombre y apellido del alumno:**

¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento? NO SÍ

¿Cuál?\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Recibe tratamiento médico? NO SÍ Especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Presenta alguna limitación física? NO SÍ Especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorizo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a realizar actividades de Educación Física durante el ciclo lectivo 20\_\_.**

Firma y sello del médico/a:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***INFORME FAMILIAR PARA REALIZAR ED. FÍSICA 20\_\_***

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_/20\_\_

Adjunto autorización del médico/a tratante de mi hijo/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . Dicha autorización fue emitida por el/la Dr./a firmante a los efectos de que mi hijo/a realice Educación Física en el ciclo lectivo 20\_\_. Dejo constancia de que en las fichas del cuaderno de comunicados, figuran los nombres y teléfonos de aquellos adultos a los que la institución puede recurrir en caso de que mi hijo/a tuviera un problema de salud en la escuela. Me comprometo a informar de inmediato a la institución por medio de cuaderno de comunicados o solicitando una entrevista, acerca de cualquier novedad significativa en relación al estado de salud de mi hijo/a.

Firma del padre Firma de la madre

Aclaración Aclaración

**PRESENTAR AUTORIZACIÓN E INFORME AL PRECEPTOR DE ED. FÍSICA EN LA PRIMERA CLASE DE ESTA MATERIA. EN EL CASO DE LA AUTORIZACIÓN MÉDICA, DEBE TENER FECHA DEL AÑO EN QUE EL ALUMNO/A CURSARÁ EDUCACIÓN FÍSICA.**