



COLEGIO VÍCTOR FÉLIX GÓMEZ NOVA

APROBADO POR RESOLUCIÓN No. 12507 DE OCTUBRE 28 DE 2002

DANE: 168547001409

NIT: 800218521-5

FORMATO DE AUTORIZACIÓN DEL ESTUDIANTE PARA EL ÁREA DE EDUCACIÓN FÍSICA

202__

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ EDAD: _____

CURSO: _____ PESO: _____ Kg TALLA (ALTURA): _____ Mts

DIRECCIÓN: _____ BARRIO: _____

TELÉFONO CASA – ACUDIENTE: _____

DESCRIPCION	SI	NO	CUAL - CUALES
¿Padece una enfermedad cardíaca?			
¿Siente mareos frecuentemente?			
¿Ha perdido el conocimiento por alguna circunstancia?			
¿Ha tenido convulsiones?			
¿Ha recibido algún tratamiento psicológico?			
¿Tiene algún problema ocular?			
¿Tiene algún problema auditivo?			
¿Tiene algún problema sanguíneo?			
¿Tiene alguna afección en huesos y/o articulaciones?			
¿Ha sufrido de hernia?			
¿Es alérgico a algún medicamento?			
¿Le han practicado cirugías?			
¿Se ha fracturado o ha presentado esguinces o tirón muscular?			
¿Fuma?			
¿Toma?			
¿Consume algún tipo de alucinógeno?			
¿Requiere presentar EXCUSA MÉDICA actualizada?			
¿Existe alguna razón no mencionada anteriormente que le impida realizar la actividad física?			



COLEGIO VÍCTOR FÉLIX GÓMEZ NOVA

APROBADO POR RESOLUCIÓN No. 12507 DE OCTUBRE 28 DE 2002

DANE: 168547001409

NIT: 800218521-5

FORMATO DE AUTORIZACIÓN DEL ESTUDIANTE PARA EL ÁREA DE EDUCACIÓN FÍSICA

202__

Apreciada (o) Madre / Padre de Familia, le solicito amablemente que responda la siguiente ficha médica de su hija o hijo; esto con el objetivo de conocer la situación de salud y física para llevar a cabo la Asignatura de Educación Física.

CURSO: _____ **SEDE:** _____ **NOMBRE DEL ESTUDIANTE:** _____

Edad: _____ años. **PESO:** _____ kgs. **ESTATURA:** _____ mts. **TIPO DE SANGRE:** _____

Alergias: SI__ NO__ **NOMBRELAS:** _____

Padece alguna enfermedad: Si () No () Hipertensión () Diabetes () Asma () Cardíaca ()
Renal () Otra () ¿Cuál? _____

Consume Medicamento: Si () No () ¿Cuál? _____

Tiene Servicio Médico: Si () No () ¿Cuál? _____ # DE TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA: _____

Padece algún impedimento total o parcial para desarrollarse independientemente: Visual () Auditivo ()
Motor () Intelectual () Respiratorio () TDAH () Otro ()
¿Cuál? _____

Su hijo (a) es apto (a) para realizar Actividad Física: Si () No ()
¿Por qué? _____

Yo _____ Padre () Madre () Tutor (), HE LEIDO DETENIDAMENTE Y LLENADO LOS DATOS SOLICITADOS, POR TANTO AUTORIZO A MI HIJO (A), _____ ALUMNO DEL GRADO _____, para que participe en las clases de Educación Física, Actividades Físicas, Deportivas, Recreativas y Actividades propias de la materia.

FIRMA PADRE - MADRE- TUTOR - ACUDIENTE.

CC.