CIRCULAR No. 05

DE: Rectoría.
PARA: Directivos Docentes, Docentes del área de Educación Física y Docentes de Educación Primaria.
ASUNTO: Diligenciamiento obligatorio del Formato de Autorización, reporte de estudiantes con condiciones médicas y medidas preventivas en Educación Física.
FECHA: 2 de marzo de 2026.

"Siembra en los niños ideas buenas, aunque no las entiendan… Los años se encargarán de descifrarlas en su entendimiento y de hacerlas florecer en su corazón."
María Montessori

Apreciados(as) Directivos Docentes y Docentes:

Reciban un cordial y respetuoso saludo.

En ejercicio de las funciones propias de la Rectoría y en cumplimiento del deber institucional de **garantizar la integridad física, la salud, la inclusión y el bienestar de los niños, niñas y adolescentes**, así como de **prevenir situaciones de riesgo y posibles responsabilidades legales**, se establecen las siguientes directrices de **obligatorio cumplimiento**:

1. Diligenciamiento del Formato de Autorización

Los docentes del área de **Educación Física** y los **docentes de Educación Primaria** deberán **entregar, socializar y exigir el diligenciamiento completo** del **Formato de Autorización del Estudiante para el Área de Educación Física**, el cual deberá estar **debidamente firmado por el padre, madre o acudiente legal**.

Los formatos diligenciados deberán ser **entregados a las Coordinaciones de Sede y de Jornada**, quienes serán responsables de su custodia y archivo institucional.

2. Identificación de estudiantes con condiciones médicas especiales

Con base en la información consignada en los formatos y en los **soportes médicos correspondientes**, los docentes deberán identificar a los estudiantes que presenten **condiciones médicas, afectaciones físicas o diagnósticos** que limiten de manera **parcial o total** su participación en las actividades de Educación Física y Deportes.

3. Informe consolidado y conducto regular

Los docentes deberán elaborar un **informe consolidado** de los estudiantes que presenten alguna condición especial, el cual deberá ser **entregado al Coordinador de Sede y jornada correspondiente**, **con copia a Rectoría**, respetando en todo momento la confidencialidad de la información médica.

4. Medidas preventivas en ausencia de soporte médico

En aquellos casos en los que el estudiante **manifieste presentar una condición médica o afectación física**, pero **no exista soporte médico vigente** o el padre, madre o acudiente **no haya aportado la documentación correspondiente**, el docente deberá **aplicar de manera inmediata medidas preventivas**, tales como:

- Restricción temporal de actividades de alto impacto o riesgo.
- Asignación de actividades pedagógicas alternativas y seguras.
- Observación permanente del estudiante durante la clase.

Estas medidas se mantendrán **de forma transitoria** hasta tanto el acudiente presente el **soporte médico oficial** que permita definir con claridad la aptitud del estudiante para la práctica de actividad física.

5. Ajustes razonables y responsabilidad pedagógica

Una vez identificados los casos debidamente soportados, el docente del área deberá **implementar los ajustes razonables pedagógicos necesarios**, garantizando la inclusión, participación y evaluación de los estudiantes conforme a sus condiciones particulares, evitando cualquier actividad que pueda poner en riesgo su integridad física o emocional.

6. Confidencialidad y protección de la información

Toda la información recopilada tendrá **carácter estrictamente confidencial** y será utilizada exclusivamente para fines pedagógicos, preventivos y de acompañamiento institucional, conforme a la normativa vigente sobre protección de datos personales y derechos de los menores de edad.

Los **formatos diligenciados** y el **informe consolidado** deberán ser entregados dentro de los plazos establecidos, **a más tardar el día 20 de marzo de 2026**.

Agradezco su compromiso, responsabilidad y colaboración en esta labor preventiva, la cual fortalece la protección integral de nuestros estudiantes y respalda el ejercicio docente dentro del marco legal e institucional.

Cordialmente,

COLEGIO MUNICIPAL
VICTOR FELIX GOMEZ NOVA
Piedecuesta

EDGAR RENÉ RAMÍREZ LAMUS
Rector

COLEGIO VÍCTOR FÉLIX GÓMEZ NOVA

APROBADO POR RESOLUCIÓN No. 12507 DE OCTUBRE 28 DE 2002
DANE: 168547001409 NIT: 800218521-5
FORMATO DE AUTORIZACION DEL ESTUDIANTE PARA EL ÁREA DE EDUCACIÓN FISICA

202_____

NOMBRES Y APELLIDOS:_____EDAD: _____

CURSO:_____ PESO:_____Kg TALLA (ALTURA):_____Mts

DIRECCIÓN:_____BARRIO:_____

TELÉFONO CASA – ACUDIENTE: _____

DESCRIPCION	SI	NO	CUAL - CUALES
¿Padece una enfermedad cardiaca?			
¿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 AUTORIZACION DEL ESTUDIANTE PARA EL ÁREA DE EDUCACIÓN FISICA

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 ( ) Cardiaca ( ) 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.