



DOVER HIGH SCHOOL

Nivel Inicial 2022

FICHA DE SALUD

(PARA SER COMPLETADA POR LOS PADRES)

1. DATOS DEL ALUMNO/A	Fecha:
Nombre y Apellido:	
Dirección:	
2. ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD	
A. ¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	
Durante los últimos tres años, ¿fue internado alguna vez? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Por qué? _____	
B. ¿Tiene algún tipo de alergia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, describa sus manifestaciones: _____ La alergia se debe a: _____ No sabe <input type="checkbox"/> ¿Recibe tratamiento permanente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
3. TRATAMIENTOS	
¿Recibe tratamiento médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique: _____	
¿Quirúrgicos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Edad: ____ Tipo de cirugía: _____	
¿Presenta alguna limitación física? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Aclaración: _____	
4. VACUNAS (entregar fotocopia de la libreta de vacunación actualizada según calendario Nacional de vacunación)	

Firma del representante legal: _____ Aclaración: _____

Firma del representante legal: _____ Aclaración: _____



DOVER HIGH SCHOOL

Nivel Inicial 2022

Autorizaciones anuales

Solicitamos a Ustedes completar las siguientes autorizaciones anuales:

1. Autorización de higiene y cambiado.
2. Autorización para realizar actividad física.
3. Autorización para la toma, publicación y envío de imágenes y/o filmaciones.

1. AUTORIZACIÓN DE HIGIENE Y CAMBIADO

Autorizo a las docentes de Nivel Inicial del Colegio Dover a higienizar y cambiar la vestimenta de mi hijo/a en caso de ser necesario.

Firma: _____ Aclaración: _____

2. AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA

Autorizo a mi hijo/a a realizar actividad física.

En aquellos casos en que el/la alumno/a presente una patología que impida parcial o totalmente la práctica de actividad física y/o deportiva, deberá presentar el correspondiente certificado médico.

Firma: _____ Aclaración: _____

3. AUTORIZACIÓN PARA LA TOMA, PUBLICACIÓN Y ENVÍO DE IMÁGENES y/o FILMACIONES

Publicación:

SÍ - NO (rodear lo que corresponda) autorizo a publicar en la página web **www.dover.edu.ar y/o en redes sociales (Facebook e Instagram)** las fotos y/o filmaciones de actividades que se desarrollen en la jornada escolar.

Envío:

SÍ - NO (rodear lo que corresponda) autorizo a enviar a las familias de la sala, las fotos y/o filmaciones de actividades que se desarrollen en la jornada escolar.

Firma: _____ Aclaración: _____

NOMBRE DEL ALUMNO/A: _____

SALA: _____

Firma del representante legal: _____ Aclaración: _____

Firma del representante legal: _____ Aclaración: _____



DOVER HIGH SCHOOL

Nivel Inicial 2022

ACTUALIZACIÓN DE DATOS PARA COMUNICACIONES

NOMBRE DEL ALUMNO/A:

SALA: _____

Autorizo al colegio a compartir a las familias del curso, los números de teléfono de línea, celulares y teléfono alternativo indicados a continuación. Me comprometo a comunicar oportunamente si hubiera modificaciones.

REPRESENTANTE LEGAL

Teléfono de línea: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono alternativo: _____

Correo electrónico: _____

FIRMA: _____ ACLARACIÓN: _____

REPRESENTANTE LEGAL

Teléfono de línea: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono alternativo: _____

Correo electrónico: _____

FIRMA: _____ ACLARACIÓN: _____

Lugar y fecha: _____