

AUTORIZACIÓN SALIDA JORNADA 5° BÁSICO 2024

(Favor completar con los datos solicitados y enviar impresa a Profesor Jefe)

Yo, _____, apoderado de _____
curso 5° básico __, SÍ __ NO__ autorizo salida para Jornada de 5° básico a realizarse el
día _____ de mayo de 2024.

Número de teléfono de contacto: _____

Firma apoderado**FICHA MÉDICA****Datos Personales:****Nombre:** _____ **Curso:** _____

Fecha Nacimiento: _____ Rut: _____ N° Pasaporte: _____

Previsión: _____ Titular: _____

¿Sufre alguna enfermedad crónica? SI __ NO __

¿Cuál? _____

Grupo de sangre: _____

¿Consume algún medicamento habitualmente? SI __ NO __

¿Cuál? _____

Dosis: _____

¿Es alérgico a algún medicamento? SI __ NO __

¿Cuál? _____

Tratamiento: _____

¿Es alérgico/intolerante a alguna comida? SI __ NO __

¿Cuál? _____

Tratamiento: _____

Otras alergias: _____

¿Está autorizado a tomar algún medicamento en forma ocasional? SI __ NO __

¿Cuál? Por favor nombrarlos, junto a la dosis y en qué casos:

Nombre medicamento	Dosis	En qué casos

¿Tiene prohibido tomar algún medicamento en especial? SI __ NO __

¿Cuál? _____



¿Tiene alguna restricción para el ejercicio físico? SI ____ NO ____

¿Cuál? _____

En caso de emergencia:

Avisar a: _____

Teléfono(s): _____

Centro asistencial de preferencia: _____

**Quien suscribe declara que los medicamentos que el alumno(a) lleva en esta salida están
avalados por prescripción médica.**

Apoderado(a) _____ Rut _____ Firma _____

Fecha :