**FICHA PARA CLASE DE EDUCACIÓN FÍSICA**

Nombre completo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Género\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Curso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estimado/a Apoderado/a:

Con el fin de lograr un rendimiento y desarrollo optimo en las clases de Educación física, les recordamos que:

* Es obligatorio vestir buzo del colegio o azul marino, zapatillas deportivas y traer bolsa de aseo con toalla, jabón y polera de cambio (peine y colonia voluntario) no usar frascos de cristal ya que se rompen y pueden ocacionar cortes.
* Cuando exista alguna causa temporal o permanente que impida realizar ejercicio físico, el alumno debera entregar al profesor un justificativo por escrito. (médico, padres o apoderado)
* **Si el alumno padece algún tipo de enfermedad que le impida el normal desarrollo de sus clases de Ed. Física, Solicitamos informar marcando con una X en la columna “si o no”, escribiendo el diagnóstico y adjuntando el informe del médico tratante.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿El alumno posee alguna enfermedad crónica?. Si la respuesta es afirmativa indique cuál. | **SI** | **NO** |
| ¿toma algun medicamento en forma permanente?. Indique cuál. | **SI** | **NO** |
| ¿Tiene dificultad respiratoria permanente? | **SI** | **NO** |
| ¿Tiene algun problema de salud vinculado a sus huesos o articulaciones?. Si la respuesta es afirmativa indique cuál. | **SI** | **NO** |
| ¿Posee algún diagnóstico de enfermedad en la columna vertebral?. Si la respuesta es afirmativa indique cuál. | **SI** | **NO** |
| ¿Padece alguna enfermedad o condición médica que afecte a sus pies (planos, cabos…? Si la respuesta es afirmativa indique cuál. | **SI** | **NO** |
| ¿Tiene alguna enfermedad del sistema Cardiovascular?  Si la respuesta es afirmativa indique cuál. | **SI** | **NO** |

Nombre completo apoderado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_