

1.- DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A

Apellidos y nombre:	Curso:
Fecha de nacimiento:	Edad:
Población:	
¿Tienes la EF pendiente de cursos anteriores? SÍ NO	
¿Estás repitiendo curso? SÍ NO	Nota de EF del curso anterior:
¿Practicas alguna actividad física en tu tiempo libre? SÍ NO	
¿Cuál?	
¿Qué otras actividades te gustaría practicar?	
¿Cómo es la relación con tus compañeros?	

2.- HISTORIAL MÉDICO

Debe ser cumplimentado por el padre/madre/tutor/es legales y entregar al profesor/a. Si la información diera lugar a realizar una adaptación curricular por parte del Departamento, deberá ir avalado por informe médico con documentación proporcionada por el departamento de E.F. La información al respecto está expuesta en la página WEB del instituto en el apartado Departamentos Didácticos/Educación Física/. Allí también podrá encontrar toda la información sobre la calificación, evaluación, fechas de exámenes, normas de funcionamiento y otros asuntos de interés de la asignatura. Puede escanear el código mostrado para acceder directamente a la página WEB.



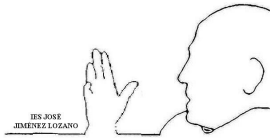
3.- OTROS DATOS

¿Desea ampliar cualquiera de las cuestiones posteriores, señalar algún problema que no recoja este documento o bien proporcionar cualquier otra información interesante para la práctica de actividad física de su hijo/a?:

¿Autoriza que la imagen de su hijo aparezca en las redes sociales del instituto en alguna de las actividades realizadas por este departamento: ¿Web, Instagram? SÍ NO

¿Autoriza que su hijo salga a los alrededores del centro para hacer alguna actividad en horas de clase de Educación Física acompañado del profesor? SÍ NO

He leído la presente información
En _____, a _____ de _____ 20
Fdo.: (Padre/madre/tutor) con DNI:



ENFERMEDADES/DOLENCIAS	SÍ	NO
¿Tiene alguna enfermedad crónica? En caso afirmativo especifique cuál	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido algún desmayo o desfallecimiento con pérdida temporal de conocimiento? En caso afirmativo especifique cuál ha sido la causa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay algún motivo que le impida la práctica de ejercicio físico continuado? En caso afirmativo especifique cuál	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es diabético/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene ataques, convulsiones o epilepsias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene TDH/Déficit de atención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene alguna enfermedad pulmonar? (Asma, bronquitis...) En caso afirmativo especifique cuál	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene algún problema cardíaco o enfermedad de corazón? En caso afirmativo especifique cuál	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas de columna? En caso afirmativo especifique cuál	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas de huesos o articulaciones? En caso afirmativo especifique cuál	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene lesiones tendinosas o musculares? En caso afirmativo especifique cuál	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sido intervenido quirúrgicamente alguna vez? ¿De qué?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es alérgico/a a algo? ¿A qué? ¿Qué síntomas le provoca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Toma algún medicamento de forma regular? ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido alguna lesión de cierta importancia? En caso afirmativo especifique cuál	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>