

UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR LA SALLE
CLUBES LASALLISTAS
DECLARACIÓN DE CONDICIONES MÉDICAS O RESTRICCIONES DE SALUD

Estimados Padres de Familia:

En el marco de las actividades deportivas, culturales y recreativas que se desarrollan en los **Clubes Lasallistas**, y con el fin de velar por el bienestar y seguridad de sus hijos durante los entrenamientos y actividades programadas, solicitamos amablemente su colaboración para que nos informen si su hijo(a) presenta alguna **condición médica, enfermedad, alergia, o restricción física** que pueda afectar su participación o requerir atención especial.

A continuación, les pedimos que completen el siguiente formulario con la información solicitada:

Datos del Estudiante:

- Nombre Completo: _____
- Grado/Curso: _____
- Club al que pertenece: _____

Datos de Contacto:

- Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____
- Teléfono de contacto: _____
- Correo electrónico: _____

Información Médica:

1. ¿Su hijo(a) tiene alguna condición médica diagnosticada (física o mental)?
 - Sí
 - No

Si respondió "Sí", por favor detallar la condición médica:

2. ¿Su hijo(a) presenta alergias (medicamentos, alimentos, ambientales, etc.)?
 - Sí
 - No

Si respondió "Sí", por favor especificar las alergias:

3. ¿Su hijo(a) está tomando algún medicamento de manera regular?

- Sí
- No

Si respondió "Sí", por favor indicar el nombre del medicamento y la dosis:

4. ¿Su hijo(a) tiene alguna restricción física que deba considerarse durante los entrenamientos o actividades de los clubes?

- Sí
- No

Si respondió "Sí", por favor especificar la restricción física:

5. ¿Existe alguna otra información médica relevante que el personal de los clubes lasallistas deba conocer para garantizar la seguridad de su hijo(a)?

- Sí
- No

Si respondió "Sí", por favor describa la situación:

Declaración:

Declaro que la información proporcionada en este documento es verídica y completa. Autorizo al personal de los clubes lasallistas a tomar las medidas necesarias en caso de alguna emergencia médica durante las actividades y entrenamientos de mi hijo(a).

- Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____
- Firma: _____
- Fecha: _____