**PLAN DE DESAYUNO**

**SALUDABLE**

**RECREOS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LUNES** | **MARTES** | **MIÉRCOLES** | **JUEVES** | **VIERNES** |
| Frutos secos | Repostería casera | Fruta | Lácteos | Bocadillo |

**FICHA MÉDICA EDUCACIÓN FÍSICA**

 Con la intención de continuar el seguimiento de su hijo/a sobre si padece enfermedad o lesión que pueda alterar la práctica de la Educación Física en el presente curso y conocer las actividades que le son favorables o las que están contraindicadas a juicio médico, ruego rellenen la ficha para que posteriormente la devuelvan los alumnos/as.

 Agradeciendo de antemano su colaboración, reciba un cordial saludo.

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Edad y curso:

Teléfonos de contacto:

1. ¿Su hijo/a tiene algún problema de tipo cardiovascular? SI NO

Si respondió afirmativamente amplíe los datos…

2. ¿Padece algún tipo de alergia? SI NO

Si respondió afirmativamente amplíe los datos…

3. ¿Padece asma o alguna dificultad respiratoria? SI NO

Si respondió afirmativamente amplíe los datos…

4. ¿Padece alguna dolencia o deformación en los huesos, articulaciones o columna vertebral? SI NO

Si respondió afirmativamente amplíe los datos…

5. ¿Padece algún tipo de deformación en los pies? SI NO

Si respondió afirmativamente amplíe los datos…

6. Si ha tenido o tiene alguna enfermedad que pueda tener importancia para la práctica de la Educación Física, indíquela:

7. Otras consideraciones que considere oportuno exponer.......

 Fdo: El/la padre/madre/tutor