

*PEDIATRÍA*  
*Y*  
*SALUD ESCOLAR*



*CONSTANCIAS DE SALUD*  
*CONARPE 2019*

## AGRADECIMIENTOS:

- A LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA,
- A LOS INTEGRANTES DE LA S.A.P. QUE TRABAJARON EN LOS CONSENSOS 2001 Y 2014
- A LOS DOCENTES DE EDUCACIÓN FÍSICA QUE PARTICIPARON EN EL CONSENSO 2001,
- A LA COMUNIDAD EDUCATIVA.
- A UDS. AQUÍ PRESENTES

# “SALUD”:

- **DICCIONARIO REAL ACADEMIA  
ESPAÑOLA:**

“ESTADO EN QUE UN SER VIVO EJERCE  
NORMALMENTE TODAS SUS FUNCIONES”.

- **A.P.S.:** “SALUD EN FORMA INTEGRADORA,  
NO SOLO AUSENCIA DE ENFERMEDAD”

- **CONSTITUCION NACIONAL ARGENTINA  
INCLUYE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS  
=> UNA OBLIGACIÓN DE LOS ADULTOS**

**- PROPUESTA PARA LOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR :**

**- CONTROLES DE SALUD SEGÚN EDAD, CON COMPLETO INTERROGATORIO DE ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES.**

**- LIBRETAS DE SALUD ESCOLAR LOCALES COMO "APTOS" PARA TODAS LAS ACTIVIDADES EN LA ESCUELA (INCLUIDAS LAS DE EDUCACIÓN FÍSICA).**

**QUE NO REEMPLACE LOS CONTROLES DE SALUD PERIODICOS QUE DEBEN HACERLES SUS PEDIATRAS Y PRIORIZANDO LAS EDADES MÁS TEMPRANAS**

**- EXÁMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS ANTE SOSPECHA DE PATOLOGÍAS**

## **- ACTIVIDADES DE LOS PROGRAMAS DE SALUD ESCOLAR:**

- EDUCACIÓN PARA LA SALUD.**
- VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ESCOLAR**
  
- CONTROLES DE SALUD**
- VACUNACIONES EN LAS ESCUELAS**
- ESCUELAS DE VERANO E INVIERNO**
- TRATAMIENTOS GRUPALES Y ATENCIÓN DE LA SALUD PSÍQUICA, FONOAUDIOLÓGICA Y ODONTOLÓGICA, INTERDISCIPLINARIA E INTERSECTORIALMENTE**

## OBJETIVO DE :

- **DETECTAR PROBLEMAS Y REALIZAR DERIVACIONES A REDES CONSENSUADAS DE ATENCIÓN INTERDISCIPLINARIA FACILITADA.**
- **TRABAJO INTERDISCIPLINARIO E INTERSECTORIAL CON INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN Y CAPACITACIÓN CONJUNTA ENTRE SALUD, EDUCACION, DEPORTES, CULTURA, , URBANISMO, ETC. PARA CONSENSUAR LAS ACTIVIDADES QUE PUEDEN Y QUE NO PUEDEN LOS ALUMNOS CON PATOLOGÍA Y SU ADECUADO SEGUIMIENTO.**

**- ETAPA DE VIDA ESCOLAR:**

**- OPORTUNIDADES ¿PERDIDAS? DE DETECCIÓN PARA LOGRAR EL MEJOR CRECIMIENTO Y DESARROLLO.**

**- PROMOVER LA ACTIVIDAD FISICA COTIDIANA**

**- CONSIDERAR OTRO TIPO DE ELECCIONES DE ACTIVIDADES PLACENTERAS (EJ.LAS ARTÍSTICAS.)**

**-SEGÚN LOS DIFERENTES CONTEXTOS SOCIALES ELABORAR ESTRATEGIAS UNIVERSALES Y LOCALIZADAS**

# “CERTIFICAR”:

(SEGÚN EL *DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA*)

- “ASEGURAR, AFIRMAR, DAR POR CIERTO ALGO.”

- Según *Derecho*: “HACER CONSTAR POR ESCRITO UNA REALIDAD DE HECHO POR QUIEN TENGA FÉ PÚBLICA O ATRIBUCIÓN PARA ELLO.”

=> “CONSTANCIAS”

**LOS “CONTROLES” Y LAS “CONSTANCIAS SALUD”**  
**SON IMPORTANTES**  
**¿SÓLO PARA LA EDUCACIÓN FÍSICA?**

- **TODAS LAS ACTIVIDADES ESCOLARES REQUIEREN EL MEJOR ESTADO DE SALUD PARA UN ÓPTIMO APRENDIZAJE :**
- **EDUCACIÓN FÍSICA Y LA LECTO-ESCRITURA Y CÁLCULO REQUIEREN DEL DESARROLLO DE LA VISIÓN, AUDICIÓN, MOTRICIDAD, SENSOPERCEPCIONES, NOCIONES DE ESPACIO-TIEMPO, ETC.**
- **LA ESCUELA ES UN LUGAR DE PRIVILEGIO PARA EL CUIDADO Y DESARROLLO DE LA INFANCIA, LA ADOLESCENCIA Y LA COMUNIDAD PERO NO SE DEBE OLVIDAR SU OBJETIVO PRINCIPAL QUE ES EL DE ENSEÑAR.**

## “EL PAPELITO QUE PIDEN EN LA ESCUELA/CLUB/VIAJES” ....

- TEXTOS Y SOLICITUDES DE ESTUDIOS SIN CRITERIO,
- FOTOCOPIAS ILEGIBLES,
- DATOS ARBITRARIOS, CON FALTA DE ESPACIO PARA INFORMACIÓN IMPORTANTE,
- RESTRICCIÓN POR NO HABER PERTENENCIA INSTITUCIONAL DEL MÉDICO ACTUANTE,
- “PÍDALE A UN MÉDICO QUE SE LO FIRME” ... “DOCTOR, ME HARÍA EL *FAVOR* DE FIRMAR EL PAPELITO?” ... “ES SOLO UNA FIRMA” ...!!!!!!!
- REQUISITO DE ADMISIÓN, Y/O UN ESTIMULO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD.?????

PARA LA CONFECCIÓN DEL INFORME Y  
FIRMAR LA CONSTANCIA DE  
SALUD DE UN PACIENTE, RESULTA  
**IMPRESINDIBLE EL EXAMEN MÉDICO**  
CORRESPONDIENTE, YA QUE TAL OMISIÓN  
PODRÍA DERIVAR EN LA COMISIÓN DE UN  
**DELITO**

# CONSTANCIAS

- ¿ PARA “CUIDAR” A QUIEN???:

- A LAS AUTORIDADES??,
- A LAS FAMILIAS??,
- A LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS??,
- A LOS MÉDICOS??,
- A LOS SERVICIOS DE SALUD??,
- A LOS SERVICIOS DE VIAJES??,
- A LOS ORGANIZADORES DE TORNEOS??

O.....

- ¿¿¿ PARA CUIDAR A LOS ALUMNOS ????



Travel Request

**ASSIST CARD**  
ANYTIME. ANYWHERE. ANY REASON

### FICHA MEDICA PERSONAL Y AUTORIZACIÓN DE VIAJE 2019/20

Reserva N° 9040451016

El Servicio Médico será brindado por ASSIST CARD, según condiciones particulares que establecen las Res. 237/07 y 23/2014 de la Secretaría de Turismo de la Nación y cuenta con una cobertura por pasajero de \$ 40.000.- (pesos cuarenta mil). La información debe ser clara, precisa y veraz para que los profesionales puedan brindar un servicio de calidad y excelencia.

**NO PODRÁ APLICAR EL TITULO TODO AQUEL PASAJERO QUE NO PRESENTE LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:**  
Chequera de Pagos, DNI, Ficha Médica Personal y Declaración Jurada, debidamente completada y firmada por su padre/madre o tutor y firmada y sellada por un Médico, indicando N° de Matrícula Profesional.

La presente Ficha Médica también debe ser completada por los Acompañantes Mayores Responsables del Contingente y en todos los casos con letra clara y legible, preferentemente en imprenta mayúscula.  
Los datos incluidos en la presente Ficha Médica serán utilizados bajo estricta confidencialidad.

#### Datos Personales del Pasajero

Apellido y Nombre: [redacted] DNI: [redacted] Fecha Nacimiento: 31-07-2001  
Calle: [redacted] N°: [redacted] Piso: 9 Dpto.: 19 Localidad: CABA  
Teléfono: [redacted] Colegio: N.S. de Luján Fecha Viaje: 08.08.19 Hotel: Barilche suites

#### COBERTURA MEDICA

OBRA SOCIAL o PREPAGA, Cual: [redacted] N° de Afiliado: [redacted] Grupo Sanguíneo: [redacted]

Suma asegurada contratada autorizada por la Secretaría de Turismo de La Nación hasta \$ 40000.- Autorizo que el excedente sea cubierto por mi Obra Social y/o Prepaga.

TIENE O TUVO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES? *convuls.*

	DETALLE	SI	NO	DETALLE	SI	NO

**COBERTURA MEDICA**

OBRA SOCIAL o PREPAGA, Cual: \_\_\_\_\_

N° de Afiliado: \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

Suma asegurada contratada autorizada por la Secretaría de Turismo de La Nación hasta \$ 40000.- Autorizo que el excedente sea cubierto por mi Obra Social y/o Prepaga.

**TIENE O TUVO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?** NO

DETALLE	SI	NO
Vareola	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rubeola	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Papera	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Polo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tos Convulsa	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Escarlatina	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sonambulismo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tratamiento insulina	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Asma Severo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Enfermedades de Chico	SI	NO
Cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Metabólicas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Digestivas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hepáticas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
de Coagulación	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Inmunosupresoras	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Crónicas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Obeso Mórbido: IMC mayor o igual a 40	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Psicológicas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Traumáticas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Retraso madurativo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**ALIMENTACIÓN**

Tiene alguna restricción sobre los alimentos que puede ingerir?

Dieta Especial  SI  NO Detalles: \_\_\_\_\_

DETALLE	SI	NO
Enuresis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
EPOC	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fibrosis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gastritis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Celaquia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diarrea Crónica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Insuficiencia Renal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Glomérulo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Esclerodermia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Proriasis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sangrado Nasal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Vacunas	SI	NO
Tuberculosis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliomielitis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pentavalente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumológica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
VPH	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Triple Virica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Influenza A H1 N1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Antitetánica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doble	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Triple	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuádruple	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Meningocócica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hepatitis A	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

COMPLETAS PARA ESTO.

Celiaco  SI  NO

DETALLE	SI	NO
Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Linfoma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Desarrollo Lento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bronco Espasmos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Síndromes Genéticos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cardiopatías Congénitas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Gripe Falta	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Trasplantes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Oncohematologic Diseases	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dialisis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tratamiento Tumor	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Insuficiencia Congénita	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Medicamentos	SI	NO
Toma Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cuales:		
Medicamentos Prohibidos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Cuales:		
Comidas Prohibidas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Cuales:		
Alergias:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Cuales:		

Vegetariano  SI  NO

Ajuntar dieta.

DATOS DEL PADRE: Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

DATOS DE LA MADRE: Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

**\*RECUERDE CALCULAR LA CANTIDAD DE MEDICAMENTO QUE DEBE LLEVAR DURANTE LA DURACIÓN DEL TOUR\***

**IMPORTANTE:** El Servicio Médico no cubre: Tratamientos, enfermedades crónicas o preexistentes, lesiones producidas intencionalmente por el mismo pasajero o bajo los efectos del alcohol y/o drogas. La presente **Ficha Médica** tiene carácter de **Declaración Jurada** dándose como ciertos los datos consignados y deberá ser presentada a La Empresa en el momento que le sea exigida.

**MEDICO PERSONAL:** Por la presente certifico que el pasajero está apto física para realizar el viaje. **NOMBRE:**

**TELÉFONO:**

*goyato arando al momento del examen medico realizado en el día de la fecha en condiciones de salud satisfactorias y apto para viajar.*

MÉDICO: Apellido y Nombre

Matrícula

Dra.

Sello y Firma

**DECLARACIÓN JURADA DE EQUIPAJE**

M.N. - PEDIATRA

YO, Señora \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ en mi carácter de Padre/Madre/Tutor del pasajero \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ declaro conocer que solo están autorizados 15 Kg de equipaje a despachar y 3 Kg de equipaje de mano y que me responsabilizo por su contenido y aseguro que los mismos no son tóxicos, ni pinturas, ni pinturas, ni peligrosos, ni cortantes, ni drogas, ni bebidas alcohólicas y cumplen con las normas vigentes de transporte y traslado del mismo, siendo mi responsabilidad total ante los daños, pérdidas, situaciones legales o controles que la autoridad competente pudiera realizar y de sus consecuencias, como así también del pago por el exceso de peso que supere los 15 Kg permitidos y entiendo que los equipajes con sobrecarga y exesos riesgosos, no serán contemplados para su traslado y/o posteriores reclamos, como así tampoco los equipajes deteriorados y/o en mal estado.

La presente Ficha Médica/Declaración Jurada firmada por Padre/Madre/Tutor, implica la aceptación de todas y cada una de las Condiciones establecidas para el tour y además para la autorización para la realización del viaje. Declaro conocer y haberme informado de todas las Condiciones Generales que conforman el Contrato, la Solicitud de Adhesión y el presente Documento.

Firma y aclaración declarante (Padre Madre o Tutor.)

Firma y aclaración declarante (Padre Madre o Tutor.)

Firma y aclaración declarante (Pasajero.)

Travel Rock S.A. E.V. y T. Leg. No 11297 Florida 253 1° Piso (C1005AAE) Capital Federal Telefax: 011- 4325 -7625

Página 1 de 2

## **CONSTANCIA: ESTADO DE SALUD DEL ALUMNO/A**

- **EVALUACIÓN PEDIÁTRICA CON ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES, EXAMEN FISICO COMPLETO, ADAPTADO A SEXO, EDAD Y GRADO MADURATIVO, CON EL RESPALDO DE LA HISTORIA CLINICA.**
- **EXÁMENES COMPLEMENTARIOS E INTERCONSULTAS, ANTE SOSPECHA DE PATOLOGÍAS.**
- **NORMATIZADO Y CONSENSUANDO, EN TODOS LOS ÁMBITOS EDUCATIVOS Y JURISDICCIONES, SEGUN LAS DIFERENTES LEGISLACIONES Y REALIDADES DE NUESTRO PAIS FEDERAL.**
- **A REALIZARSE EN EL CURSO DE TODO EL AÑO.**
- **EVITANDO RESTRICCIONES INNECESARIAS**

Arch.argent.pediatr 2001;99(6) / 538)

---

Consenso

Arch.argent.pediatr 2001; 99(6) / 538

## **Certificación para la actividad física escolar y pre-participativa deportiva**

*Sociedad Argentina de Pediatría. Comité de Medicina del Deporte Infanto-Juvenil\*. Grupo de Trabajo de Salud Escolar\*\*. Comité de Cardiología\*\*\*. Comité de Adolescencia\*.*

## CERTIFICADO DE SALUD

Certifico que.....DNI N°.....  
de.....años de edad, cuya historia clínica queda en mi poder, ha sido examinado  
clínicamente en el día de la fecha a las.....hs. y aparece en condiciones de realizar  
actividades escolares, incluidas las propias de la educación física escolar curricular,  
que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

Observaciones:.....

.....  
Firma del padre/madre o responsable legal  
DNI N°.....

.....  
Firma y sello del médico

Fecha: ...../...../.....

## CERTIFICADO DE APTITUD PARA ACTIVIDADES FÍSICAS

Certifico que ....., DNIN°.....  
de.....años de edad, cuya historia clínica queda en mi poder, ha sido exami-  
nado clínicamente en el día de la fecha, a las.....hs. y aparece en condicio-  
nes de realizar actividades físicas, recreativas / deportivas, que deben correspon-  
der a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

Observaciones:.....

.....  
Firma del padre/madre o responsable legal

DNI N°.....

.....  
Firma y sello del médico

Fecha: ...../...../.....

Arch Argent Pediatr 2014;112(4):375-390 /

**-Actualización del consenso sobre constancia de salud del niño y del adolescente para la realización de actividades físicas y/o deportivas**

- *Guidelines on children preparticipation physical evaluation. Update*  
*Comité Nacional de Medicina del Deporte Infantojuvenil, Grupo de Trabajo de Salud Escolar, Comité Nacional de Adolescencia, Comité Nacional de Cardiología, Comité Nacional de Pediatría Ambulatoria, Comité de Medicina del Deporte Infantojuvenil filial Córdoba y Servicio de Traumatología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez*

# Modelo de constancia

Dejo constancia que ....., DNI:  
....., de..... años de edad ha sido evaluado  
clínicamente y se encuentra en condiciones de salud para  
realizar actividades físicas y deportivas acordes a su edad,  
sexo, estadio madurativo y bajo supervisión de personal  
idóneo.

Observaciones:

...../...../.....

.....

Fecha Firma y sello del médico

## ¿ APTITUD ESCOLAR ???

- NO APTOS : ¿ “INCAPAZ” ? PARA APRENDER, PARA MOVERSE, SOCIALIZARSE, JUGAR O PARA HACER ¿QUÉ ACTIVIDADES ???
- NOTIFICAR ENFERMEDADES A VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA SEGÚN NORMATIVAS.
- CERTIFICAR ENFERMEDADES AVISANDO A LAS FAMILIAS Y ESCUELA.
- OTORGAR EL ALTA PARA LA ESCUELA, CONSIGNANDO SI HUBIERA LIMITACIONES.

***UNA BUENA ATENCIÓN,  
Y PROMOCION DE LA SALUD  
ESTÁN EN NUESTRAS MANOS***



***GRACIAS***

## CLASIFICACION DE APTOS:

- **APTO**

- **NO APTO.** EJ.: MIOCARDIOPATÍA DILATADA, TRASTORNOS SEVEROS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, INSUFICIENCIA DE ORGANO PAR O IMPAR.

- **APTO CON OBSERVACIONES:** (PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS CON LAS ADAPTACIONES QUE CORRESPONDEN A SU PROBLEMA) EJ.: DISNEA DE ESFUERZO POR ASMA U OBESIDAD, DBT, EPILEPSIA, TRAST. COAGULACIÓN.

- **NO APTO TRANSITORIO:** (NO PUEDE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA O DEPORTIVA, HASTA HABER SOLUCIONADO SU PROBLEMA AGUDO) EJ.: MONONUCLEOSIS, FRACTURAS, PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR EN ESTUDIOS, SINDR. FEBRIL

## **- PROPUESTAS**

**ESTIMULAR EN LOS ADULTOS Y EN LAS AUTORIDADES  
EL “*HACERSE CARGO*” DEL CUMPLIMIENTO DE LOS  
*DERECHOS DE LOS NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES.***

**-DERECHO A JUGAR, DESCANSAR Y HACER DEPORTES,**

**.COMO UN NIÑO Y NO COMO UN ADULTO**

**.EN UN ENTORNO SEGURO Y SALUDABLE Y EN UN  
NIVEL ADECUADO A SU HABILIDAD.**

**-DERECHO A NO SER UN CAMPEÓN**

**-DERECHO A GUSTARLE PROPUESTAS NO DEPORTIVAS  
Y A TENER OTRAS OPCIONES**