

--- JUSTIFICACIÓN DE LESIÓN, LIMITACIÓN O INCAPACIDAD ---
MEDIA O LARGA DURACIÓN (más de tres sesiones de clase consecutivas)

El alumno/a del grupo, se encuentra en la siguiente circunstancia (marcar lo que proceda) que le impide realizar actividad física con normalidad durante un **mínimo de CUATRO sesiones** de clase consecutivas:

- LESIÓN (especificar qué lesión tiene, qué le ha ocurrido):
- ENFERMEDAD/CONVALECENCIA/REHABILITACIÓN (especificar qué le ocurre):

Esto le impide realizar con normalidad ciertos ejercicios o actividades físicas. **Para atender mejor su situación** y colaborar desde nuestra asignatura en una pronta mejoría, **el especialista** rellenará el apartado correspondiente y/o se adjuntará el **informe médico**.

¿Cuándo ha acudido al especialista? Fecha de la próxima consulta o revisión:
Si todavía no ha tenido cita, entregue este formulario sin rellenar la parte de “a rellenar por el especialista” y entregue uno nuevo cuando le hayan visto.
 ¿Durante cuánto tiempo se estima esta limitación o incapacidad?
 ¿Le han puesto tratamiento o ejercicios de rehabilitación? SI / NO

D./D^a, como padre/madre/tutor legal, SOLICITO que se tenga en cuenta esta circunstancia y se justifique la no realización de esas actividades prácticas durante el tiempo estimado. Soy consciente de que el alumno/a **debe acudir a clase con su material habitual y realizar las tareas que se le propongan**, además de **ponerse al día con el trabajo atrasado** en cuanto su situación lo permita. Soy consciente también de que la manera de superar la mayoría de estándares de aprendizaje de la asignatura es mediante la práctica en clase, y que **la pérdida de esta práctica hace difícil superar dichos estándares**.

Firma del adulto responsable:

A RELLENAR POR EL ESPECIALISTA	
<p>El alumno/a no deberá realizar ejercicios que incluyan (marcar los que procedan):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Caminar ○ Carrera suave y lenta ○ Carrera rápida ○ Saltos ○ Lanzamientos/recepciones de balón ○ Estiramientos musculares ○ Ejercicios de fuerza de piernas ○ Ejercicios de fuerza de brazos ○ Ejercicios de fuerza de tronco ○ Movilizaciones de la columna cervical/dorsal/lumbar (indicar) ○ Otros (especificar concretamente): <p>Se recomiendan especialmente ejercicios que incluyan (detallar):</p>	<p>D./D^a, como médico especialista / fisioterapeuta colegiado, solicito se tenga en cuenta esta circunstancia durante un periodo aproximado de a contar desde para que el alumno/a tenga una pronta recuperación.</p> <p>Firma/sello y nº de colegiado:</p>
<p>Se adjunta copia de informe médico para consulta de su profesor/a SI / NO</p>	