



FICHA MEDICA / FICHE MEDICALE

La presenta ficha médica será tenida en cuenta para la atención de su hijo/a, por lo cual rogamos que la información consignada sea lo mas completa, precisa y veraz posible...

Cette fiche médicale reprend les informations indispensables pour l'assistance médicale de votre enfant, si bien que nous vous prions de la remplir de la manière la plus complète, précise et fidèle possible...

ESTABLECIMIENTO ESCOLAR / ÉTABLISSEMENT

Liceo franco argentino Jean Mermoz

DATOS DEL ALUMNO/A / Identité de l'enfant

CLASE / Classe: .....

APELLIDO / Nom .....

NOMBRES / Prénoms .....

SEXO/Sexe Fem Masc

FECHA DE NACIMIENTO/Date de naissance .....

TIPO DOCUMENTO / Type de document d'identité .....

Nº DOCUMENTO / Nº document .....

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A / Personne à prévenir en cas d'urgence

APELLIDO Y NOMBRES / Noms et prénoms .....

TELEFONO DE LINEA / Téléphone fixe .....

CELULAR / Portable .....

MAIL / Courriel .....

RELACION CON EL ALUMNO/A / Lien de parenté .....

ou autre

APELLIDO Y NOMBRES / Noms et prénoms .....

TELEFONO DE LINEA / Téléphone fixe .....

CELULAR / Portable .....

MAIL / Courriel .....

RELACION CON EL ALUMNO/A / Lien de parenté .....

ou autre

COBERTURA MEDICA PARTICULAR / Couverture médicale

OBRA SOCIAL O PREPAGA / Assurance maladie (mutuelle ou privée) .....

Nro AFILIADO o SOCIO / N° d'affilié .....

TELEFONO URGENCIAS / Téléphone urgences .....

SI POSEE MÉDICO DE CABECERA, COMPLETE A CONTINUACIÓN / Si votre enfant a un médecin traitant, complétez l'information suivante

APELLIDO Y NOMBRE DEL MÉDICO / Nom et prénom du médecin .....

TELÉFONO DE CONTACTO / Téléphone .....

ANTECEDENTES MEDICOS / Antécédents médicaux

(rodear lo que corresponda / entourer ce qui correspond)

GRUPO SANGUÍNEO / Groupe sanguin et Rhésus .....

ENFERMEDADES DE LA NIÑEZ / Maladies éruptives de l'enfance

VARICELA / Varicelle SI / oui NO / non

SARAMPIÓN / Rougeole SI / oui NO / non

RUBEOLA / Rubéole SI / oui NO / non

Otras? / Autres? SI / oui NO / non

Cual/es? / Laquelle? .....

VACUNA ANTITETÁNICA / Vaccin antitétanique SI/oui NO/non

FECHA APLICACIÓN / Date .....

OTRAS ENFERMEDADES QUE HAYAPADECIDO O QUE PADEZCA ACTUALMENTE / L'enfant a ou a déjà eu les maladies suivantes?

Table with 2 columns: Disease name (e.g., CARDIOPATIAS, RESPIRATORIAS) and status (SI / oui, NO / non).

Table with 2 columns: Disease name (e.g., Cual/es? / Laquelle?) and status (SI / oui, NO / non).

POSEE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? Alergia, Diabetes, trastornos de sangre ?

Cual/es? / Laquelle? .....

Maladies chroniques? Allergie, diabète, maladies du sang?

ES ALÉRGICO? / Est-il/elle allergique? SI / oui NO / non

A qué es alérgico ? / À quoi ? .....

**MEDICAMENTOS / Médicaments**

ESTÁ ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO CON ALGÚN MEDICAMENTO? /  
Suit-il/elle un traitement médical avec prise de médicaments ?

SI / Oui (\*)

NO / Non

\*En caso afirmativo adjuntar la indicación médica. Si oui, joindre indication médicale.

AUTORIZA A TOMAR MEDICAMENTOS EN OTRAS SITUACIONES? (FIEBRE, DOLORES, ...) /  
Autorisez-vous la prise de médicaments en cas de...? (fièvre, maux de..., etc)

SI / Oui (\*\*)

NO / Non

(\*\*) EN CASO AFIRMATIVO CUÁL/ES? / Si oui, lequel/lesquels?

HAY ALGÚN MEDICAMENTO QUE NO DEBE TOMAR? / Médicaments interdits?

Cual/es? / Lequel/lesquels?

**ALIMENTACION / Alimentation**

TIENE ALGUNA RESTRICCIÓN SOBRE ALIMENTOS QUE PUEDE INGERIR ? / Aliments interdits ou à éviter?

OTRA INFORMACION QUE CONSIDERE IMPORTANTE O NECESARIA PARA CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES /  
votre enfant que vous considérez importante ou nécessaire pour les professionnels intervenants

Autre information de

Para los alumnos que ingresan a 1º grado / Pour les élèves qui rentrent en CP

Adjuntar valoración oftalmológica / Joindre évaluation ophtalm

Adjuntar audiometría / Joindre évaluation audiométrique

El padre, madre o tutor del alumno/a deja constancia de haber cumplimentado la presente ficha médica y autoriza (en caso de emergencia) a actuar según lo dispongan los profesionales médicos.

Le père, mère ou tuteur de l'élève certifie avoir rempli la présente fiche médicale et autorise, en cas d'urgence, les médecins à prodiguer à son enfant les soins médicaux requis par son état de santé.

Lugar y fecha / Lieu et date

Firma del padre, madre o tutor / Signature du père, mère ou tuteur

El médico firmante avala los datos consignados en la presente ficha médica. Asimismo, certifica que el alumno/a tiene apto médico para realizar actividad física escolar, recreativa o deportiva de acuerdo con su sexo y edad y que tiene el carnet de vacunación oficial completo al día de la fecha.

Le médecin traitant certifie les informations indiquées dans la présente fiche médicale, que l'enfant est apte pour la pratique d'activités physiques scolaires, de récréation ou sportives en fonction de son sexe et de son âge et qu'il a le carnet de vaccination officielle complet à la date.

Lugar y fecha / Lieu et date

Sello y firma del médico certificante / Cachet et signature du médecin certificateur

El presente formulario es válido por el año lectivo en curso / Ce formulaire est valable pour l'année scolaire en cours

Para toda información confidencial agradecemos tengan a bien comunicarse con la enfermería / Pour toute information confidentielle veuillez contacter l'infirmier