

FICHA MEDICA / FICHE MEDICALE

La presenta ficha médica será tenida en cuenta para la atención médica de su hijo/a, por lo cual rogamos que la información consignada sea lo más completa, precisa y veraz posible, para que los profesionales que asistan en caso de ser necesario, puedan brindar un mejor servicio de asistencia. Los datos incluidos en la presente serán utilizados bajo estricta confidencialidad. Rogamos completar con letra de imprenta legible.

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 afin qu' en cas de nécessité, les professionnels intervenants puissent prodiguer à l'enfant des soins médicaux adaptés. Les données seront tenues confidentielles. Veuillez écrire en lettres capitales.

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 DE DOCUMENTO / Type de document d'identité

Nº DOCUMENTO / Nº document

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

APELLIDO Y NOMBRES / Nom et prénoms

TELÉFONO DE LÍNEA / Téléphone fixe

CELULAR / Portable

MAIL / Courriel

RELACIÓN CON EL ALUMNO/A / Lien de parenté

ou autre

APELLIDO Y NOMBRES / Noms et prénoms

TELÉFONO DE LÍNEA / Téléphone fixe

CELULAR / Portable

MAIL / Courriel

RELACIÓN CON EL ALUMNO/A / Lien de parenté

ou autre

COBERTURA MEDICA PARTICULAR / Couverture médicale

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

Nº AFILIADO o SOCIO / Nº d'affilié

TELEFONO URGENCIAS / Téléphone urgence

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

ASSURANCE: Il appartient à la famille de souscrire une assurance en cas d'accident. L'assurance du lycée ne couvre pas les frais médicaux. Il ne s'agit que d'une assurance de responsabilité civile et de garantie corporelle en cas d'incapacité permanente ou temporaire.

SEGURO: Corresponde a la familia poseer un seguro en caso de accidente. El seguro del Liceo no cubre los gastos médicos. Se trata sólo de un seguro de responsabilidad civil en caso de incapacidad total o parcial de carácter permanente.

ANTECEDENTES MÉDICOS / Antécédents médicaux

(rodear lo que corresponda / entourer ce qui correspond)

GRUPO SANGUÍNEO / Groupe sanguin et Rhésus

ENFERMEADES DE LA NIÑEZ / Maladies de l'enfance

VARICELA / Varicelle

SI / oui

NO / non

Otras? / Autres?

SI / oui

NO / non

SARAMPIÓN / Rougeole

SI / oui

NO / non

Cuál/es? / Laquelle?

RUBEOLA / Rubéole

SI / oui

NO / non

VACUNA ANTITETÁNICA / Vaccin antitétanique

SI/oui

NO/non

FECHA APLICACIÓN / Date

OTRAS ENFERMEADES QUE HAYA PADECIDO O QUE PADEZCA ACTUALMENTE / L'enfant a ou a déjà eu les maladies suivantes?

CARDIOPATÍAS / Cardiaques

SI / oui	NO / non
----------	----------

Cual/es ? / Laquelle?

RESPIRATORIAS / Respiratoires

SI / oui	NO / non
----------	----------

Cual/es ? / Laquelle?

METABÓLICAS / Métaboliques

SI / oui	NO / non
----------	----------

Cual/es ? / Laquelle?

NEUROLÓGICAS / Neurologiques

SI / oui	NO / non
----------	----------

Cual/es ? / Laquelle?

DIGESTIVAS / Digestives

SI / oui	NO / non
----------	----------

Cual/es ? / Laquelle?

HEPATOPATÍAS / Hépatiques

SI / oui	NO / non
----------	----------

Cual/es ? / Laquelle?

PSICOLÓGICAS / Psychologiques

SI / oui	NO / non
----------	----------

Cual/es ? / Laquelle?

TRAUMATOLÓGICAS / Traumatologiques

SI / oui	NO / non
----------	----------

Cual/es ? / Laquelle?

PROCESOS INFLAMATORIOS / Inflammatoires

SI / oui	NO / non
----------	----------

Cual/es ? / Laquelle?

FRACTURAS O ESGUINCES / Fractures ou foulures

SI / oui	NO / non
----------	----------

Cual/es ? / Laquelle?

INFECTO-CONTAGIOSAS / Infectieuses/contagieuses

SI / oui	NO / non
----------	----------

Cual/es ? / Laquelle?

¿POSEE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? ¿Alergia, Diabetes, trastornos de sangre ?
Maladies chroniques? Allergie, diabète, maladies du sang?

Cual/es? / Laquelle?

¿ES ALÉRGICO/A? / *Est-il/elle allergique?*

SI / oui NO / non

A qué es alérgico ? / À quoi ?

ALIMENTACIÓN / *Alimentation*

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

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

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

Adjuntar valoración oftalmológica / Joindre bilan ophtalmologique

Adjuntar audiometría / Joindre une évaluation audiométrique

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 cette fiche médicale, et atteste 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 officiel complet et à jour.

Lugar y fecha / *Lieu et date*

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

En nuestro carácter de progenitores, declaramos bajo juramento que los datos aquí consignados se corresponden con el real estado de salud de nuestro hijo/a, así como que el profesional firmante hubo de efectuarle las revisiones médicas correspondientes.- Asimismo, nos comprometemos a informar de inmediato y de manera fehaciente a las autoridades del Establecimiento, cualquier cambio que ocurra en la salud de nuestro/a hijo/a. En caso de emergencia, autorizo a las autoridades del colegio a actuar según lo dispongan los profesionales médicos intervinientes, incluyendo eventualmente el SAME.

Nous soussignés, représentants légaux, déclarons que les renseignements ci-dessus correspondent à la réalité de l'état de santé de notre enfant, ainsi que le médecin traitant a effectué les examens médicaux correspondants. Nous nous engageons à informer immédiatement les autorités de l'établissement d'un quelconque changement qui interviendrait dans la santé de notre enfant. En cas d'urgence nous autorisons le Lycée Jean Mermoz à faire intervenir les services médicaux compétents y compris le SAMU.

Lugar y fecha / *Lieu et date*

Firma del Padre, madre o tutor *
Signature du père, mère ou tuteur

Firma del padre, madre o tutor *
Signature du père, mère et tuteur

* Solicitamos entregar la presente ficha con la firma de ambos padres, sin excepción.

* *Nous vous prions de bien vouloir remettre cette fiche avec la signature des deux parents, sans exception.*