

Questionnaire médical de l'élève
2016-2017

NOM : ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò PRÉNOM : ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò

Indiquez les numéros de téléphone où nous pouvons vous joindre en cas d'urgence :

Père fixe..... **portable**.....

Mère fixe..... **portable**.....

Autres personnes à contacter en cas d'accident :

Noms et prénoms Tél:

Lien de parenté avec l'enfant

Noms et prénoms Tél:

Lien de parenté avec l'enfant

Les renseignements fournis resteront strictement confidentiels

Allergies (alimentaires, à des médicaments ou autres)

.....
.....

Traitement(s) permanent(s) ou éventuel(s) :

.....

Problèmes de santé habituels pouvant survenir. Douleurs fréquentes au ventre, à la tête, etc. :

.....
.....
.....

Vous voudrez bien nous indiquer ce que vous faites dans ce cas :

.....
.....

Vaccins

Clinique ou Hôpital en cas d'hospitalisation d'urgence:

.....

Date et Signature des parents :

Justificatifs à joindre

Dossier médical

Certificat médical

Carnet de vaccination

Cuestionario médico del alumno
2016-2017

APELLIDO: NOMBRE:

Indique los números de teléfono donde podamos contactarles en caso de emergencia:

Padre **convencional**.....**celular**.....

Madre **convencional**.....**celular**.....

Personas además de la familia para prevenir en caso de emergencia:

Apellido y nombre..... Tel:

Parentesco con el niño.....

Apellido y nombre..... Tel:

Parentesco con el niño.....

La información proporcionada será estrictamente confidencial

Alergias (alimenticias, a medicamentos u otras)

.....
.....

Tratamiento(s) permanente(s) o eventual(es):

.....

Problemas de salud habituales que pueden ocurrir: Dolores frecuentes de cabeza, en el vientre, etc.:

.....
.....

Favor indicarnos lo que usted hace en este caso:

.....
.....

Vacunas.....

Clinica u hospital en caso de hospitalización urgente:

.....

Fecha y Firma de los padres:

Justificativos

Expediente
médico

Certificado
médico

Carnet de
vacunación