



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX HOJA DE INFORMACIÓN MÉDICA

Les **informations recueillies** dans cette fiche sont **strictement confidentielles**.  
Elles ne seront en aucun cas divulguées à des tiers sans votre consentement.  
La **información recopilada** en esta hoja es **estrictamente confidencial**.  
En ningún caso serán cedidos a terceros sin su consentimiento.

### 1. Informations générales de l'élève

Information general del alumno

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Nombre y apellido : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_

Classe et année scolaire : \_\_\_\_\_

Grado escolar y clase : \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale ou équivalent (si applicable) : \_\_\_\_\_

Número de seguridad social o equivalente (si aplica) \_\_\_\_\_

Tipo de sangre \_\_\_\_\_

Groupe sanguin \_\_\_\_\_

Médecin traitant: \_\_\_\_\_

Médico tratante : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Nombre : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Teléfono : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Dirección : \_\_\_\_\_

### 2. Antécédents médicaux

Antecedentes médicos

Antécédents médicaux et chirurgicaux : \_\_\_\_\_

Antecedentes médicos y cirugías : \_\_\_\_\_

Pathologies chroniques (asthme, diabète, épilepsie, etc.) :

*Patologías crónicas (asma, diabetes, epilepsia, etc.) :*

Troubles spécifiques (dyslexie, TDAH, etc.) :

*Condiciones específicas (dislexia, TDAH, etc.) :*

Hospitalisations récentes :

*Hospitalizaciones recientes :*

### 3. Vaccinations

*Vacunación*

Carnet de vaccination à jour :

*Cartilla de vacunación actualizada :*

Oui

Si

Non

No

Si non, précisez les vaccins manquants :

*Si no, especifica las vacunas faltantes :*

### 4. Allergies et intolérances

*Alergias e intolerancias*

Allergies alimentaires :

*Alergias alimentarias :*

Allergies médicamenteuses :

*Alergias a medicamentos :*

Autres allergies (pollens, piqûres d'insectes, etc.) :

*otras alergias (polen, picaduras de insecto, etc) :*

Traitement ou protocole à suivre en cas de réaction allergique :

*tratamientos o protocolo a seguir en caso de reacción alérgica :*

### 5. Traitements en cours

*Tratamientos actuales*

Médicaments pris régulièrement (nom, posologie) :

*Medicamentos ingeridos regularmente (nombre, dosificación) :*

Traitement d'urgence à administrer si nécessaire :

*Tratamiento de urgencias a ser administrado en caso de ser necesario :*

Autorisation parentale pour l'administration de médicaments :

Autorización de los padres de familia y/o tutores legales para la administración de medicamentos :

Oui /Si

Non/No

## 6. Autres remarques et précautions spécifiques

Otras observaciones y precauciones específicas

Recommandations particulières (régime alimentaire, précautions sportives, etc.) :

Recomendaciones particulares (régimen alimenticio, precaución deportiva, etc.)

Plan d'Accompagnement Individualisé (PAI) ou autre dispositif spécifique :

Plan de acompañamiento individual (PAI) o algún otro dispositivo específico :

## 7. Informations en cas d'urgence

Información en caso de urgencia

Personne à contacter en priorité : / Primer persona a contactar :

Nom – prénom : / Apellido – nombre :

Téléphone : / Teléfono :

Lien avec l'élève : / Relación o parentesco con el alumno :

Personne secondaire à contacter : / Segunda persona a contactar :

Nom – prénom : / Apellido – nombre :

Téléphone : / Teléfono :

Lien avec l'élève : / Relación o parentesco con el alumno :

Établissement hospitalier de référence : /

Hospital de referencia :



Autorisation d'intervention médicale en cas  
d'urgence :

Oui /Si

Non /No

*Autorización de intervención médica en caso de  
urgencia :*

Si oui, compléter le texte suivant :

*Je soussigné(e),*

Yo, el abajo firmante,

\_\_\_\_\_ *[Nom et prénom du responsable légal] ♦ (Nombre y apellido del  
representante legal)*

*Responsable Légal de*

Responsable Legal de

\_\_\_\_\_ *[Nom et prénom de l'enfant] ♦ (Nombre y apellido del menor)*

*Autorise l'établissement scolaire à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence médicale  
concernant mon enfant, y compris l'appel aux services de secours et le transport vers un établissement  
hospitalier si nécessaire. / Autorizo al establecimiento escolar a tomar todas medidas necesarias  
en caso de urgencia médica del menor bajo mi cargo antes mencionado, incluyendo llamar a  
los servicios de emergencia y traslado hacia un hospital de ser necesario.*



Date :

A :

Fecha :

En la ciudad de :

Nom du parent/tuteur 1:

**Nombre del padre o tutor 1 :**

Signature :

**Firma :**

Nom du parent/tuteur 2:

**Nombre de la madre o tutor 2 :**

Signature :

**Firma :**

La signature uniquement sur la dernière page validera les informations de toutes les 5 pages précédentes.

Este documento consiste en 5 páginas impresas solamente por anverso y la firma y aceptación de este documento incluye cada una de dichas páginas.