

FRACTURAS O ESGUINCES / *Fractures ou foulures*
INFECTO-CONTAGIOSAS / *Infectieuses/contagieuses*

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

Cual/es ? / *Laquelle?*
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*

En razón de la situación sanitaria actual y de su evolución podrá solicitarse documentación complementaria (certificados, carnet de vacunación, etc.).

En raison de la situation sanitaire actuelle et de son évolution, des documents complémentaires pourront être demandés (attestations, certificats, carnet de vaccination, ...)

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 responsables legales*, 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 y damos nuestro consentimiento para el tratamiento de dichos datos.- 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 o en nuestros datos personales. 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, attestons que le médecin traitant a effectué les examens médicaux correspondants et donnons notre consentement à leurs traitements. Nous nous engageons à informer immédiatement les autorités de l'établissement d'un quelconque changement qui interviendrait dans la santé de notre enfant ou dans nos données personnelles. 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 ou tuteur

* Se solicita la firma de ambos padres, sin excepción / *Nous vous prions de bien vouloir remettre cette fiche avec la signature des deux parents, sans exception.*

En aplicación de los artículos 12 y 13 del Reglamento Europeo 2016-679 del 27 de abril de 2016 sobre la protección de datos personales y de la Ley Informática y Libertades modificada, informamos que el liceo franco-argentino Jean Mermoz en su condición de Responsable del Tratamiento recopila sus datos para fines de gestión administrativa y pedagógica de los alumnos.

Sus datos serán estrictamente reservados a la administración y a los servicios habilitados y serán conservados por un año. De acuerdo a nuestra Política de protección de datos, nos comprometemos a proteger sus datos de cualquier riesgo. En conformidad con los artículos 15 a 22 del Reglamento Europeo 2016-679 del 27 de abril 2016 acerca de la protección de datos personales, usted podrá solicitar en cualquier momento y de forma gratuita acceder a sus datos, rectificarlos o borrarlos, dirigiéndose a la delegada de protección de datos dafacs.buenosaires.ljm@aefe.fr o a la CNIL en ausencia de respuesta satisfactoria en el lapso de un mes. El interesado podrá también oponerse al tratamiento de sus datos personales por motivos legítimos.

En application des articles 12 et 13 du Règlement Européen 2016-679 du 27 avril 2016, relatif à la protection des données à caractère personnel et de la Loi Informatique et Libertés modifiée, nous vous informons que le lycée Franco-argentin Jean Mermoz en sa qualité de Responsable de Traitement collecte des données vous concernant à des fins de gestion administrative et pédagogique des élèves.

Vos données seront strictement réservées à l'administration et aux services habilités et seront conservées un an. Aux termes de notre Politique de protection des données, nous nous engageons à protéger vos données de toute atteinte. Conformément aux art.15 à 22 du Règlement Européen 2016-679 du 27 avril 2016, relatif à la protection des données à caractère personnel, vous pourrez demander à tout moment et gratuitement à accéder aux données vous concernant, à les rectifier ou à les effacer, auprès de la déléguée à la protection des données dafacs.buenosaires.ljm@aefe.fr ou à la CNIL en l'absence de réponse satisfaisante dans le délai d'un mois. L'intéressé pourra également s'opposer au traitement des données le concernant pour des motifs légitimes.