

La presente ficha médica deberá ser firmada en 2025 por un médico matriculado en Argentina. (No se aceptarán certificados franceses ni fichas médicas firmadas en 2024). La información consignada será tenida en cuenta para la atención médica de su hijo/a, por lo cual rogamos que 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 son datos sensibles según el RGPD. Estos datos son solicitados y utilizados para la gestión administrativa y pedagógica de los alumnos con el fin de: 1) poder prevenir toda situación problemática, principalmente en caso de alergias durante las actividades o comidas escolares. 2) poder aplicar los cuidados básicos necesarios en el caso de accidentes cotidianos. 3) poder comunicar a los servicios de urgencias los datos de salud de la persona herida. 4) poder responder a nuestras obligaciones en materia de adaptaciones para alumnos con necesidades específicas (PAI, PPS, PAP y PPRE). **Rogamos completar con letra de imprenta legible.**

*Cette fiche médicale devra être signée en 2025 par un médecin agréé en Argentine. (Le lycée n'acceptera pas de certificats français ni de fiches médicales datées de 2024). Ce certificat reprend les informations indispensables pour l'assistance médicale de votre enfant, si bien que nous vous prions de le 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 de santé sont des données sensibles au sens du RGPD. Ces données sont récoltées et traitées pour la gestion administrative et pédagogique de l'élève afin: 1) de pouvoir prévenir toute situation problématique, notamment la gestion des allergies dans le cadre des activités et des repas scolaires. 2) de pouvoir apposer, en toute connaissance, les soins de base pouvant s'avérer nécessaires dans la gestion des accidents du quotidien. 3) de pouvoir informer les services d'urgence des données de santé concernant la personne blessée. 4) de pouvoir répondre à nos obligations en matière d'aménagements raisonnables, pour les élèves à besoins spécifiques [projet d'accueil individualisé (PAI), projet personnalisé de scolarisation (PPS), plan d'accompagnement personnalisé (PAP), programme personnalisé de réussite éducative (PPRE)]. **Veillez écrire en lettres capitales.***

Para todos los alumnos / Pour tous les élèves : Adjuntar fotocopia del carnet de vacunación oficial - Joindre photocopie du carnet de vaccination officiel

Para los alumnos que ingresan a 1º grado / Pour les élèves qui entrent en CP: Adjuntar valoración oftalmológica y audiometría / Joindre bilan ophtalmologique et évaluation audiométrique.

DATOS DEL ALUMNO/A / Identité de l'enfant

APELLIDO / Nom: NOMBRES / Prénoms:
FECHA DE NACIMIENTO / Date de naissance:/...../..... TIPO Y N° DE DOCUMENTO / Type et n° de document :

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

TELÉFONO DE LÍNEA / Téléphone fixe: CELULAR / Portable
MAIL / Courriel: RELACIÓN CON EL ALUMNO/A / Lien avec l'élève:

COBERTURA MEDICA PARTICULAR / Couverture médicale

OBRA SOCIAL O PREPAGA / Assurance maladie (mutuelle ou privée) : N° AFILIADO o SOCIO / N° d'affilié:

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. / **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.

ANTECEDENTES MÉDICOS / Antécédents médicaux

GRUPO SANGUÍNEO / Groupe sanguin et Rhésus VACUNA ANTITETÁNICA/Vaccin antitétanique SI/oui - NO/non FECHA APLICACIÓN / Date
¿ALGUN PROBLEMA DE SALUD? ¿Alergia, Diabetes, broncoespasmo, otro? Maladies ? Allergie, diabète, autre? Cual/es? Laquelle?

ALIMENTACIÓN / Alimentation

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

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 enfermería 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 rgpd@mermoz.edu.ar 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'infirmier 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 rgpd@mermoz.edu.ar 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.