

APELLIDO Del estudiante menor (en mayúsculas): _____**Nombre:** _____**Fecha de nacimiento:** *(dd/mm/yyyy)*: _____**Género:** Masculino Femenino

Este documento permite recopilar información útil sobre su hijo menor de edad para los fines de su curso de idiomas.

1- VACUNACIÓN (referirse a la historia clínica o certificados de vacunación)

Vacunas obligatorias	SÍ	NO	Fechas de los últimos retiros de vacunas <i>(dd/mm/aaaa)</i>	Vacunas recomendadas	Fechas <i>(dd/mm/aaaa)</i>
Difteria				Tos ferina	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomielitis				Rubéola-Paperas-Rougeole	
				Hepatitis B	
				Neumococo	
				BCG	
				Otra (especificar)	

SI EL ESTUDIANTE MENOR NO CUENTA CON LAS VACUNAS OBLIGATORIAS, ADJUNTAR CERTIFICADO MÉDICO DE CONTRAINDICACIÓN.

2- INFORMACIÓN RELATIVA AL ESTUDIANTE MENOR:

Peso: _____ kg

Talla: _____ cm (información útil en caso de emergencia)

¿Se somete el estudiante a algún tratamiento médico durante la estancia? Sí No

En caso afirmativo, adjunte una receta reciente y los medicamentos correspondientes (cajas de medicamentos en su envase original marcados a nombre del niño con el prospecto). No se puede dar ningún medicamento sin receta.

ALERGIAS (Especifique): _____

En caso afirmativo, adjunte un certificado médico que especifique la causa de la alergia, los signos evocadores y las medidas a tomar.

¿Tiene el estudiante algún problema de salud?

Sí

No

En caso afirmativo, especifique:

3- RECOMENDACIONES ÚTILES DE LOS PADRES O TUTOR LEGAL

Uso de anteojos, lentes, equipo dental o auditivo, comportamiento del niño, dificultades para dormir, enuresis nocturna, etc.

4- REPRESENTANTES LEGALES

Representante N°1:

APELLIDO: _____ Nombre: _____

DIRECCIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA: _____

NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

TELÉFONO MÓVIL: _____

Representative N°2:

APELLIDO: _____ Nombre: _____

DIRECCIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA: _____

NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

TELÉFONO MÓVIL: _____

NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO TRATANTE:

Yo, el abajo firmante, _____, representante legal del menor, declaro que los datos proporcionados en este formulario son exactos y me comprometo a actualizarlos en caso de ser necesario. Autorizo a Ciel Bretagne a tomar, si es necesario, las medidas necesarias de acuerdo con el estado de salud de este menor.

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

FIRMAS MANUSCRITAS

Firma del padre:

Firma de la madre:

Firma del tutor legal: