

## FORMULARIO DE ENLACE SANITARIO

DOCUMENTO CONFIDENCIAL

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

**APELLIDO Del estudiante menor:** .....

**NOMBRE:** .....

**FECHA DE NACIMIENTO:** ...../...../.....

**GENERO:** M ☐ F ☐

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

VACUNAS OBLIGATORIAS	SÍ	NO	FECHAS DE LOS ÚLTIMOS RETIROS DE VACUNAS	VACUNAS RECOMENDADAS	FECHAS
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.

ALEGIAS:

ALIMENTARIA

MEDICAMENTOSA

OTRAS (animales, plantas, polen)

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

Precisar: .....

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: .....

.....

TELÉFONO DE CASA: ..... TELÉFONO DEL TRABAJO: .....

TELÉFONO MÓVIL: .....

**Representante n°2:** APELLIDO: ..... NOMBRE: .....

DIRECCIÓN: .....

.....

TELÉFONO DE CASA: ..... TELÉFONO DEL TRABAJO: .....

TELÉFONO MÓVIL: .....

NOMBRE Y 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:

Firma del padre

Firma de la madre

Firma del tutor legal