

AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE DE SOINS MEDICAUX:
AUTORIZACIÓN OBLIGATORIA DE LOS PADRES PARA ATENCIÓN MÉDICA:

La demande d'inscription ou de réinscription dans l'Etablissement ne sera recevable qu'après validation de ces autorisations médicales par les familles.

Merci de l'exactitude de ces renseignements, la clarté de l'information que vous fournirez conditionnera une meilleure prise en charge de votre enfant.

Par la présente,

.- Je reconnais avoir pris connaissance des informations qui figurent ci-dessous et des mentions qui figurent au règlement intérieur, le cas échéant.

.- Je m'engage à communiquer au Service de Santé Scolaire l'information relative à mon enfant concernant :

- 1.- Toute maladie grave
 - présenter personnellement au Médecin Scolaire le rapport médical
 - tenir informé le Service de Santé de toute évolution concernant la pathologie.
- 2.- Les réactions allergiques graves à des médicaments ou à des aliments
 - présenter personnellement au Médecin Scolaire le rapport médical
 - tenir informé le Service de Santé de toute évolution..
- 3.- Toute maladie contagieuse au moment même de son diagnostic.

La solicitud de inscripción o de reinscripción en el Centro, no será admitida sin que los padres hayan validado con su firma la aceptación de estas normas.

La exactitud y claridad en los datos que ustedes nos faciliten condicionará la correcta asistencia médica de su hijo/a.

Por la presente:

.- Declaro estar al corriente de las informaciones que figuran mas abajo y de las contenidas en el reglamento interior , si llegara el caso.

.- Me comprometo a comunicar al Servicio de Salud Escolar la siguiente información relativa a la salud de mi hijo/a:

- 1.- Toda enfermedad importante
 - presentando personalmente al Médico Escolar el correspondiente informe médico.
 - informando al Servicio de Salud Escolar de cualquier cambio que se produzca durante el curso.
- 2.- Las reacciones alérgicas graves a medicamentos o alimentos
 - presentando personalmente al Médico Escolar el correspondiente informe médico.
 - informando al Servicio de Salud Escolar de cualquier cambio que se produzca durante el curso.
- 3.- Toda enfermedad contagiosa en el mismo momento que le sea diagnosticada.

En cas d'urgence, j'autorise la Direction du Lycée Français de Madrid à prendre toute mesure opportune concernant le transfert et les soins de mon enfant, en particulier toute intervention chirurgicale en cas de nécessité constatée par un médecin.

Cette autorisation est également valide pour tous les sorties et voyages scolaires auxquels il pourrait participer.

En caso de urgencia, autorizo a la Dirección del LFM a tomar las medidas que consideren oportunas para el traslado y tratamiento de mi hijo/a.

Esta autorización es también válida para todas las salidas y viajes escolares en los que pudiera participar.

La demande d'inscription ou de réinscription dans l'Établissement ne sera recevable qu'après validation de ce document par la famille.

La solicitud de inscripción o de reinscripción en el Centro, no será admitida sin que la familia haya validado este documento.

Elève, Alumno :Classe.....

Vu et pris connaissance le.....

Declaro estar al corriente de dichas medidas a

Signatures - Firmas

Père-Padre

Mère-Madre

Tuteur-Tutor

Eventuellement/ Eventualmente

À imprimer, à signer et à joindre aux pièces justificatives
Imprimir, firmar y añadir a los documentos justificativos