

# COLLÈGE FRANÇAIS D'IBIZA

CAN LLAMBIAS - Ctra SAN JOSE Km. 2,3  
Apartado 131 - 07800 - IBIZA  
☎ 971 39 52 50 - 📠 971 39 52 58



Direction: directeur\_ibiza@yahoo.fr  
Secrétariat : secretaire\_ibiza@yahoo.fr  
Comptabilité : comptable\_ibiza@yahoo.fr  
Cpe : ce\_ibiza@yahoo.fr  
☎ Cpe : 971 30 85 88

[www.college-francais-ibiza.net](http://www.college-francais-ibiza.net)

## DOSSIER MÉDICAL

Nom de l'élève..... Prénom .....

Date de naissance ..... Classe .....

Nom, adresse et téléphone du médecin de famille .....

Peut-il être prévenu en cas de besoin ?  OUI  NON

Renseignements d'ordre médical particuliers (accidents ou antécédents médicaux, contre-indication médicale à signaler, traitement médical permanent, allergies, asthme, diabète, épilepsie, tétanie...):

*Prière de s'arranger pour que les prises de médicaments se fassent à la maison.*

*Tout cas médical conséquent fera l'objet de l'élaboration d'un **Projet d'Accueil Individualisé***

## URGENCE

**En cas de problème de santé ou d'accident de votre enfant, vous êtes tenus de vous libérer dès l'appel téléphonique du directeur ou d'une des personnes de l'équipe éducative.**

En cas d'urgence absolue, nous appelons une ambulance qui se chargera du transport de l'enfant jusqu'à l'hôpital Can Misses. Souhaitez-vous qu'on le dirige vers un autre établissement hospitalier ou clinique ? Si oui lequel ?

Adresse de cet établissement : ..... Tél : .....

Les parents étant légalement responsables, vous devez prendre contact le plus rapidement possible avec l'hôpital vers lequel votre enfant aura été dirigé. Veuillez à réclamer tous les documents au service administratif.

## QUI PRÉVENIR EN CAS DE PROBLEMES SI NOUS NE POUVONS PAS VOUS JOINDRE ?

				Peut-on leur confier votre enfant ?	
Nom	Prénom	Téléphone	En qualité de	oui	non

## AUTORISATION DES PARENTS EN CAS D'INTERVENTION CHIRURGICALE URGENTE

Je soussigné (nom, prénom du responsable)..... agissant en qualité de père, mère, tuteur, tutrice de (nom, prénom de l'enfant)..... déclare :

- autoriser le directeur ou à défaut un membre du corps enseignant de l'école dont fait partie mon enfant à prendre, sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident de l'élève, toutes mesures d'urgence, tant médicales que chirurgicales, y compris éventuellement l'hospitalisation.
- avoir pris connaissance du fait que tous les frais occasionnés seront à la charge de la famille.

**A Ibiza, le ..... Signature des parents : .....**

# COLLÈGE FRANÇAIS D'IBIZA

CAN LLAMBIAS - Ctra SAN JOSE Km. 2,3  
Apartado 131 - 07800 - IBIZA  
☎ 971 39 52 50 - 📠 971 39 52 58



Direction: directeur\_ibiza@yahoo.fr  
Secrétariat : secretaire\_ibiza@yahoo.fr  
Comptabilité : comptable\_ibiza@yahoo.fr  
Cpe : ce\_ibiza@yahoo.fr  
☎ Cpe : 971 30 85 88

[www.college-francais-ibiza.net](http://www.college-francais-ibiza.net)

## HISTORIAL DE SALUD

Apellidos del alumno..... Nombre .....

Fecha de nacimiento ..... Clase .....

Nombre, dirección y teléfono del médico de cabecera .....

¿ Se le puede avisar en caso de necesidad ?     SI     NO

Informes especiales de orden médico (accidentes o antecedentes médicos, contraindicación médica a señalar, tratamiento médico permanente, alergias, asma, diabetes, epilepsia, tétano...):

*Se ruega tomen las medidas necesarias para que la toma de medicamentos se hagan en casa.  
Los casos médicos específicos serán objeto de un Proyecto de Acogida Individualizada.*

## URGENCIAS

**En caso de problemas de salud o de accidente de su hijo/a, deberá presentarse en cuanto reciba la llamada telefónica del director o de una persona del equipo educativo.**

En caso de urgencia absoluta, se llamará la ambulancia para que se encargue del transporte del niño/a hasta el hospital de Can Misses. ¿ Desea que se le traslade a otro hospital o clínica ? ¿ a cual ?

Dirección de este centro : ..... Tel:.....

Siendo los padres los responsables legales, estos deberán ponerse en contacto, lo mas rápidamente posible, con el hospital al cual ha sido enviado su hijo/a. No se olvide de pedir todos los documentos en administración.

### ¿ A QUIEN PREVENIR EN CASO DE PROBLEMAS SI VD. NO COGE EL TELEFONO ?

				Podemos confiarle su hijo (a) ?	
Apellidos	Nombre	Telefono	En calidad de	si	no

### AUTORIZACION DE LOS PADRES EN CASO DE INTERVENCION QUIRURGICA URGENTE

El/la que suscribe (Apellido, nombre del responsable).....actuando en calidad de padre, madre, tutor(a) de (nombre, apellido del niño/a)..... declara :

autorizar al director o en su defecto a un miembro del profesorado de la escuela del que forma parte mi hijo/a y previo informe médico, a tomar cualquier medida de urgencia tanto médica como quirúrgica, incluida la eventual hospitalización en caso de enfermedad o de accidente del alumno/a.

2º/estar informado de que cualquier gasto ocasionado será a cargo de la familia.

**En Ibiza, a ..... Firma de los padres : .....**