



ENGLISH SUMMER SCHOOL  
St. George

## Ficha Médica Personal

Esta ficha será utilizada para la asistencia médica del alumno ya sea por accidente o enfermedad.

Rogamos cumplimenten los datos con el mayor detalle posible para poder asistir correctamente al alumno durante el curso.

En el caso de que el alumno se encuentre en situación de necesitar tratamiento médico y/o internado y/o intervenido quirúrgicamente sin que el personal de English Summer School haya podido localizar a sus padres o representantes legales quedarán suficientemente autorizados para que adopten las medidas urgentes y necesarias que consideren más oportunas para la salud del alumno según indicación médica.

ADMISION. Al finalizar esta ficha los familiares confirman en esta fecha que el alumno se encuentra en condiciones óptimas de salud para participar en las actividades.

## Referencias Personales

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>Nombre del Alumno:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                              |
| <b>Fecha de Nacimiento:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Edad:</b> <b>Turno:</b>   |
| <b>Teléfono Móvil Padre:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Teléfono Móvil Madre:</b> |
| <b>¿Deberá administrarse al alumno medicación durante el curso?</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>(en caso afirmativo indicar nombre y dosificación)                                                                                                                                             |                              |
| <b>¿Padece alguna enfermedad?</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                     |                              |
| <b>¿Padece algún tipo de alergia a alimentos o medicamentos?</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/><br>(Indicar tipo y tratamiento a seguir. En caso afirmativo deberán adjuntar certificado médico, si no envían certificado médico en caso de alergia alimenticia no se tendrá en cuenta lo indicado.) |                              |

|                                                                                                                                           |                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Intolerante a Medicamentos o componentes</b><br>(en caso afirmativo indicar cuáles)                                                    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <b>Intolerante a Alimentos</b><br>(en caso afirmativo indicar cuáles)                                                                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <b>Autorizo a suministrar medicamentos en caso necesario, compuestos de paracetamol o ibuprofeno en dosis correspondientes a su edad.</b> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <b>Requiere atención nocturna especial</b><br>(insomnio, sonambulismo, micción nocturna)                                                  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| <b>Requiere atención especial durante las clases o actividades</b><br>(TDHA, dislexia, etc)                                               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

### Documentos a entregar:

|                                                              |                                                                  |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>Tarjeta Sanitaria del alumno</b> <input type="checkbox"/> | <b>Tarjeta Asistencial equivalente.</b> <input type="checkbox"/> |
| Estos documentos serán devueltos al finalizar el curso.      |                                                                  |

Yo cómo madre/padre/tutor legal abajo firmante declaro haber leído lo anteriormente escrito y confirmo que mi hijo/a se encuentra en perfecto estado de salud para el comienzo del curso en el que está inscrito y autorizo a que le sea administrada la medicación indicada, aceptando todo lo expuesto en esta ficha médica.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

Firma,

Padre, Madre o Tutor legal