



ENGLISH SUMMER SCHOOL
St. George

Aula de Europa

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

Nombre del Alumno:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:
Teléfono Móvil Padre:	Teléfono Móvil Madre:
¿Deberá administrarse al alumno medicación durante el curso? SI ☐ NO ☐ (en caso afirmativo indicar nombre y dosificación)	
¿Padece alguna enfermedad? SI ☐ NO ☐	
¿Padece algún tipo de alergia a alimentos o medicamentos? SI ☐ NO ☐ (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.)	

Intolerante a Medicamentos o componentes (en caso afirmativo indicar cuáles)	SI ☐ NO ☐
Intolerante a Alimentos (en caso afirmativo indicar cuáles)	SI ☐ NO ☐
Autorizo a suministrar medicamentos en caso necesario, compuestos de paracetamol o ibuprofeno en dosis correspondientes a su edad.	SI ☐ NO ☐
Requiere atención nocturna especial (insomnio, sonambulismo, micción nocturna)	SI ☐ NO ☐
Requiere atención especial durante las clases o actividades (TDHA, dislexia, etc)	SI ☐ NO ☐

Documentos a entregar:

Tarjeta Sanitaria del alumno ☐	Tarjeta Asistencial equivalente. ☐
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