



## FICHA PERSONAL DEL ALUMNO AÑO 2024

Curso:  N° de Matricula:  Fecha de Ingreso:  Fecha de Retiro:

<b>DATOS ALUMNO(A):</b>		<b>NACIONALIDAD:</b> _____	<b>RUT:</b> _____
<b>Paterno</b>	<b>Materno</b>	<b>Nombres</b>	
Sexo _____	Domicilio, N°, villa o población _____		Comuna _____
Fecha de Nacimiento _____	Teléfono casa _____	Teléfono Celular _____	
En caso de emergencia avisar a (nombre, apellidos) _____		Teléfono/ celular _____	
N° Hermanos _____	Con quien Vive _____	Colegio Procedencia _____	

<b>ANTECEDENTES DEL PADRE:</b>		<b>RUT:</b> _____						
<b>Paterno</b>	<b>Materno</b>	<b>Nombres</b>						
Teléfono casa _____	Teléfono celular _____	Estado Civil _____						
Domicilio, N°, villa o población _____		Profesión _____						
Fecha de Nacimiento _____	E-mail _____	Comuna _____						
		Modalidad de pago						
		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Efectivo</td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Cheque</td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Pagaré</td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> </table>	Efectivo		Cheque		Pagaré	
Efectivo								
Cheque								
Pagaré								
<b>Apoderado Académico</b> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>		<b>Apoderado Responsable del pago</b> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>						

<b>ANTECEDENTES DE LA MADRE:</b>		<b>RUT:</b> _____						
<b>Paterno</b>	<b>Materno</b>	<b>Nombres</b>						
Teléfono casa _____	Teléfono celular _____	Estado Civil _____						
Domicilio, N°, villa o población _____		Profesión _____						
Fecha de Nacimiento _____	E-mail _____	Comuna _____						
		Modalidad de pago						
		<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Efectivo</td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Cheque</td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Pagaré</td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> </table>	Efectivo		Cheque		Pagaré	
Efectivo								
Cheque								
Pagaré								
<b>Apoderado Académico</b> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>		<b>Apoderado Responsable del pago</b> <input style="width: 20px; height: 15px;" type="checkbox"/>						

**OTROS HERMANOS EN EL COLEGIO**

(Incluidos alumnos que sean familiares pero que tengan el mismo apoderado)

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_



**ANTECEDENTES RESPONSABLE ECONÓMICO**

(En caso de no corresponder a padre o madre)

**Apoderado Responsable del pago**

Nombre Completo (apellidos, nombres) \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

Teléfono casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

Domicilio, calle, Nº, villa o población \_\_\_\_\_ Comuna \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Modalidad de pago

Efectivo	<input type="checkbox"/>
Cheque	<input type="checkbox"/>
Pagaré	<input type="checkbox"/>

**RECURSOS DE APOYO ACADÉMICO CON QUE CUENTA EL ALUMNO (Marcar con una X)**

¿Cuenta con ayuda de alguien en la casa para el apoyo de las tareas? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

En caso de respuesta positiva, qué relación tiene con el alumno(a)? \_\_\_\_\_

¿Cuenta el alumno(a) con un lugar adecuado para hacer sus tareas? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿El alumno(a) tiene acceso a usar computador en forma permanente, fuera del colegio? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

En caso de ser fuera del hogar, ¿Dónde? \_\_\_\_\_

Cuenta con acceso a Internet SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**SALUD DEL ALUMNO(A)**

Factor RH- Grupo sanguíneo \_\_\_\_\_

1. Indique si ha sufrido alguna enfermedad grave anotando el año \_\_\_\_\_

2. Indique si el alumno (a) ha seguido o sigue algún tratamiento neurológico, psicopedagógico, fonoaudiológico, etc. \_\_\_\_\_

3. ¿Padece alguna enfermedad crónica? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

4. ¿Es el alumno(a) alérgico a algo? Sea específico en el caso de una respuesta afirmativa: \_\_\_\_\_

5. ¿Presenta el alumno(a) alguna enfermedad que lo obligue a ser tratado con medicamentos específicos? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Enfermedad a tratar	Nombre del Medicamento	Dosis/ Horario

6. ¿Tiene convenio Escolar con algún hospital o clínica a la que se deba derivar al alumno (a) en caso de emergencia? ¿Cuál? \_\_\_\_\_

7. Si no tomó seguro, y en caso de accidente escolar, diga donde desea que reciba la primera atención medica. \_\_\_\_\_

8. En caso de no poder comunicarnos con los padres, llamar a:

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_