



## FICHA PERSONAL DEL ALUMNO AÑO 2025

Curso:

N° de Matricula:

Fecha de Ingreso

Fecha de Retiro

**DATOS ALUMNO(A):**

**NACIONALIDAD:** \_\_\_\_\_ **RUT:** \_\_\_\_\_

**Paterno**

**Materno**

**Nombres**

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 \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DEL PADRE:**

**RUT:** \_\_\_\_\_

**Paterno**

**Materno**

**Nombres**

Teléfono casa \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_

Domicilio, N°, villa o población \_\_\_\_\_

Comuna \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Modalidad de pago

Efectivo	
Cheque	
Pagaré	

**Apoderado Académico**

**Apoderado Responsable del pago**

**ANTECEDENTES DE LA MADRE:**

**RUT:** \_\_\_\_\_

**Paterno**

**Materno**

**Nombres**

Teléfono casa \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_

Domicilio, N°, villa o población \_\_\_\_\_

Comuna \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Modalidad de pago

Efectivo	
Cheque	
Pagaré	

**Apoderado Académico**

**Apoderado Responsable del pago**

**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, N°, 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 \_\_\_\_\_