



## FICHA PERSONAL DEL ALUMNO AÑO 2026

Curso:

Fecha de Ingreso:

Nº de Matricula

NºBoleta

**DATOS ALUMNO(A):**

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

**Paterno**

**Materno**

**Nombres**

Sexo \_\_\_\_\_

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

Comuna \_\_\_\_\_

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

Teléfono casa \_\_\_\_\_

Teléfono Celular \_\_\_\_\_

En caso de emergencia avisar a (nombre, apellidos) \_\_\_\_\_

Teléfono/ celular \_\_\_\_\_

Nº Hermanos \_\_\_\_\_

Con quien Vive \_\_\_\_\_

Colegio Procedencia \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DEL PADRE:**

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

**Paterno**

**Materno**

**Nombres**

Teléfono casa \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_

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

Profesión \_\_\_\_\_

Domicilio, 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"/>

**Apoderado Académico**

**Apoderado Responsable del pago**

**ANTECEDENTES DE LA MADRE:**

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

**Paterno**

**Materno**

**Nombres**

Teléfono casa \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_

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

Profesión \_\_\_\_\_

Domicilio, 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"/>

**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**

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

Nombre Completo (apellidos, nombres)

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 \_\_\_\_\_