

FICHA PERSONAL DEL ALUMNO AÑO 2026

Curso:

Fecha de Ingreso:

N° de Matricula

N°Boleta

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

Cheque

Pagaré

**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