**ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE: CURSO 2024:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

RUT Fecha de Nacimiento Pertenece algún Pueblo Originario ¿Cuál?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Domicilio del Estudiante Comuna Nacionalidad

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Teléfono Fijo Celular Teléfono de recados Correo Electrónico

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 522- | +569 |  |  |

Previsión FONASA ISAPRE ¿Cuál? Otro Sistema de Salud especifique

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A - B - C - D |  |  |

¿Padece de alguna enfermedad crónica? Alérgico a:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SI - NO | ¿Cuál?: |  |

Problemas de Salud en el estudiantes o Necesidad de Atención **SI o NO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Peso Kg.: | Estatura: \_\_\_\_ Mt. \_\_\_ C m. | Caries: | Visión: | Oídos |  | Columna |  |

Con quien vive el estudiante

|  |
| --- |
| Papá: Mamá: Hermano/a: Tío/a: Abuelo/a: ¿Cuántas personas en total? |

Su hijo/a presenta alguna u otra necesidad que sea importante informar:

|  |  |
| --- | --- |
| Si:      NO: Cuál? | ¿Ha repetido algún curso? Cuál |

Recibe tratamiento médico, ¿en que consiste?:

|  |
| --- |
|  |

**ANTECEDENTES DEL APODERADO(A) TITULAR**

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

RUT Fecha Nacimiento Parentesco Actividad que desempeña Nacionalidad

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

Domicilio del Apoderado Comuna Teléfono Teléfono 2° opción

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

Correo Electrónico (diferenciar entre mayúsculas, minúsculas y/o alfanumérica

|  |
| --- |
| @ |

**ANTECEDENTES FAMILIARES:**

Nombre Completo del Padre Nombre Completo de la Madre

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

RUT Fecha de Nacimiento RUT Fecha de Nacimiento

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

Nacionalidad Teléfono Celular Nacionalidad Teléfono Celular

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

Nivel Educacional Actividad que desempeña Nivel Educacional Actividad que desempeña

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Email:      @ | Email:      @ |

**APODERADO SUPLENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE:** | **TELEFONO: +569** |
| **RUT: PARENTESCO:** | |

Se ruega informar y actualizar número telefónico en caso de cambio.

|  |
| --- |
| FIRMA APODERADO/A |

----------------------------------