

FOTO

# FICHA DEL ALUMNO

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ COMUNA. \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LA MADRE

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ COMUNA. \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ TELEFONO TRABAJO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

ESTUDIOS: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN ACTUAL: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL PADRE

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ COMUNA. \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ TELEFONO TRABAJO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

ESTUDIOS: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN ACTUAL: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL APODERADO MADRE \_\_\_\_\_ PADRE \_\_\_\_\_

El apoderado es la persona que estará a cargo de la educación del menor, de la asistencia a las reuniones de apoderados, a las citaciones, velara por el cumplimiento de sus deberes escolares y los deberes estipulados en nuestro reglamento.

En caso de no ser alguno de los padres:

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ COMUNA. \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ TELEFONO TRABAJO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

ESTUDIOS: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN ACTUAL: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN FAMILIAR:**

EL NIÑO VIVE CON: \_\_\_\_\_

SITUACIÓN CONYUGAL DE LOS PADRES:

- \_\_\_\_\_ CASADOS
- \_\_\_\_\_ SEPARADOS
- \_\_\_\_\_ CONVIVIENTES
- \_\_\_\_\_ OTRO (ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_

NUMERO DE HIJOS: \_\_\_\_\_ LUGAR QUE OCUPA \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SALUD:**

SISTEMA DE SALUD: \_\_\_\_\_ FONASA \_\_\_\_\_ ISAPRE \_\_\_\_\_ OTRO(ESPECIFICAR) \_\_\_\_\_

EL NIÑO SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD IMPORTANTE: \_\_\_\_\_

¿CUÁL? \_\_\_\_\_

¿EL NIÑO HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA CIRUGÍA? \_\_\_\_\_

¿CUÁL? \_\_\_\_\_

¿TOMA ALGUN MEDICAMENTO EN FORMA PERIODICA? \_\_\_\_\_

¿CUÁL? \_\_\_\_\_

¿QUÉ MEDICAMENTO LE DAN EN CASO DE FIEBRE? \_\_\_\_\_

¿PRESENTA ALERGÍA? \_\_\_\_\_ ¿A QUE? \_\_\_\_\_

¿TIENE ALGUN IMPEDIMENTO O INDICACIÓN PARA LA CLASE DE EDUCACION FISICA?

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A : \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

TRASLADO (EN CASO DE NO RETIRARSE CON ALGUNO DE LOS PADRES INDIQUE LA PERSONA AUTORIZADA PARA RETIRAR A SU HIJO)

NOMBRE: \_\_\_\_\_

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

AL MOMENTO DE MATRICULAR DECLARO QUE **CONOZCO Y ADHIERO** AL REGLAMENTO DE CONVIVENCIA ESCOLAR DE LA ESCUELA THE LITTLE SCHOOL Y SU PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL.

\_\_\_\_\_  
FIRMA