

FICHA ACTUALIZACIÓN DATOS DE CONTACTO

AÑO2027

ESCRIBIR TODO CON LETRA IMPRENTA MAYÚSCULA - ESTA FICHA CONSTA DE 2 PÁGINAS

CURSO DURANTE2027

LETRA
(A o B)

E. INICIAL

BÁSICA

MEDIA

FECHA

IDENTIFICACIÓN ESTUDIANTE

1º APELLIDO

2º APELLIDO

NOMBRES

RUN

-

FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCIÓN ESTUDIANTE

COMUNA

MAIL

@

CELULAR

IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE

1º APELLIDO

2º APELLIDO

NOMBRES

RUN

-

MAIL

@

CELULAR

IDENTIFICACIÓN DEL PADRE

1º APELLIDO

2º APELLIDO

NOMBRES

RUN

-

MAIL

@

CELULAR

IDENTIFICACIÓN APODERADO ACADÉMICO

1º APELLIDO

2º APELLIDO

NOMBRES

RUN

-

MAIL

@

CELULAR

IDENTIFICACIÓN APODERADO SOSTENEDOR ECONÓMICO

1º APELLIDO

2º APELLIDO

NOMBRES

RUN

-

MAIL

@

CELULAR

GRUPO FAMILIAR: PERSONAS CON QUIEN VIVE EL/LA ESTUDIANTE

Ambos padres

Madre

Padre

Abuelos

Tíos

Otros

Nº integrantes grupo familiar

Nº hermanos

EL/LA ESTUDIANTE TIENE HERMANOS/AS EN EL COLEGIO:

SI

Curso:

PKº

Kº

1º

2º

3º

4º

5º

6º

7º

8º

1ºM

2ºM

3ºM

4ºM

NO

RETIRO HABITUAL DEL ESTUDIANTE DESDE EL COLEGIO

EL/LA ESTUDIANTE SERÁ RETIRADO/A HABITUALMENTE POR:

RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE

FAMILIAR

TRANSPORTISTA

CUIDADORA

ASESORA HOGAR

OTRA

EL/ LA ESTUDIANTE ESTÁ AUTORIZADO PARA RETIRARSE SOLO/A DEL COLEGIO

SI

NO

LABORALES

PROFESIÓN U OFICIO

EMPRESA DONDE TRABAJA

ANTIGÜEDAD

MADRE

PROFESIÓN U OFICIO

EMPRESA DONDE TRABAJA

ANTIGÜEDAD

PADRE

EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE CON

1ª PRIORIDAD

NOMBRE				RELACIÓN CON EL/LA ESTUDIANTE	
CELULAR	+56 9	TELÉFONO FIJO		OTRO TELÉFONO	

2ª PRIORIDAD

NOMBRE				RELACIÓN CON EL/LA ESTUDIANTE	
CELULAR	+56 9	TELÉFONO FIJO		OTRO TELÉFONO	

ANTECEDENTES IMPORTANTES

GRUPO SANGUÍNEO		ES ALÉRGICO A			
-----------------	--	---------------	--	--	--

MEDICAMENTOS CONTRAINDICADOS					
------------------------------	--	--	--	--	--

¿PERTENECE A ALGÚN CESFAM DE LA COMUNA?	SI		NO		¿CUÁL?	
---	----	--	----	--	--------	--

POSEE ALGÚN DIAGNÓSTICO MÉDICO	SI		NO		¿CUÁL?	
--------------------------------	----	--	----	--	--------	--

¿ESTÁ EN TRATAMIENTO?	SI		NO		¿CON QUÉ ESPECIALISTA?	
-----------------------	----	--	----	--	------------------------	--

¿TOMA MEDICAMENTOS?	SI		NO		¿CUÁLES?	
---------------------	----	--	----	--	----------	--

¿ES ÉL O LA ESTUDIANTE PADRE O MADRE?	SI		NO	
---------------------------------------	----	--	----	--

EN CASO DE ACCIDENTE GRAVE, SI EL COLEGIO NO LOGRA CONTACTO CON LOS TELÉFONOS DE EMERGENCIA INDICADOS, SE LLEVARÁ AL ESTUDIANTE AL HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO Y EN CASO DE LESIONES MENORES, SE LLEVARÁ AL CONSULTORIO PADRE MANUEL VILLASECA.

INFORMAR SI POSEE SEGURO MÉDICO PARTICULAR	SI		NO		NOMBRE DE LA CLÍNICA	
--	----	--	----	--	----------------------	--

DIRECCIÓN		TELÉFONO	
-----------	--	----------	--

EN EL CASO DE MODIFICACIÓN O CAMBIO DE CUALQUIERA DE LOS ANTECEDENTES ANTES ENTREGADOS ME COMPROMETO A ACTUALIZAR EL CAMBIO VIA MAIL AL CORREO informatica@colegiomontedeasis.cl EN EL MÁS BREVE PLAZO.

FIRMA APODERADO