



45 AÑOS EDUCANDO

FUNDADO EN 1980

## FICHA DATOS PERSONALES

CURSO:

Nº DE MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES PERSONALES

|  |                   |                                       |     |                     |        |  |
|--|-------------------|---------------------------------------|-----|---------------------|--------|--|
| APELLIDO PATERNO ALUMNO  |                   |                                       |     |                     |        |  |
| APELLIDO MATERNO ALUMNO  |                   |                                       |     |                     |        |  |
| NOMBRES ALUMNO   |                   |                                       |     |                     |        |  |
| SEXO   | M                 | F                                     | RUN |                     |        |  |
| FECHA DE NACIMIENTO  |                   |                                       |     |                     |        |  |
| DIRECCIÓN CALLE  |                   |                                       |     |                     |        |  |
| Nº   | POBLACIÓN O VILLA |                                       |     |                     | COMUNA |  |
| TELÉFONOS  |                   |                                       |     | COLEGIO PROCEDENCIA |        |  |
| OPTA POR RELIGIÓN  |                   | SI                                    | NO  | RELIGIÓN            |        |  |
| ALUMNO (A) VIVE CON  |                   |                                       |     |                     |        |  |
| PADRE Y MADRE  |                   | NÚMERO DE HIJOS _____                 |     |                     |        |  |
| SÓLO MADRE   |                   | LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HIJOS _____ |     |                     |        |  |
| SÓLO PADRE   |                   |                                       |     |                     |        |  |
| OTRO, ESPECIFICAR:   |                   | GRUPO FAMILIAR QUE LO COMPONEN _____  |     |                     |        |  |
| NOMBRE COMPLETO  |                   |                                       |     |                     |        |  |
| APODERADO/A  |                   |                                       |     |                     |        |  |
| CORREO DEL APODERADO/A<br>EL CUAL DEBERÁ ESTAR VIGENTE<br>PARA TODO EL AÑO ESCOLAR |                   |                                       |     |                     |        |  |
| ALUMNO (A) PARTICIPA EN CLASES DEL<br>PLAN AFECTIVIDAD, SEXUALIDAD Y<br>GÉNERO.    |                   | SI                                    | NO  | POR QUÉ             |        |  |

## ANTECEDENTES FAMILIARES

|   |                     |  |      |                         |         |  |
|---|---------------------|--|------|-------------------------|---------|--|
| NOMBRE COMPLETO MADRE   |                     |  |      |                         |         |  |
| RUN   |                     |  | EDAD |                         | CELULAR |  |
| NIVEL EDUCACIONAL MADRE<br>ESCRIBA EL NÚMERO DE AÑOS EN CADA NIVEL DE EDUCACIÓN | EDUCACIÓN BÁSICA    |  |      | PROFESIÓN Y/O ACTIVIDAD |         |  |
|   | EDUCACIÓN MEDIA     |  |      | FONO TRABAJO            |         |  |
|   | TÉCNICO PROFESIONAL |  |      | CARGO                   |         |  |
|   | UNIVERSITARIA       |  |      | CORREO ELECTRÓNICO      |         |  |



FUNDADO EN 1980

|   |                     |      |                         |         |  |
|---|---------------------|------|-------------------------|---------|--|
| NOMBRE COMPLETO PADRE   |                     |      |                         |         |  |
| RUN   |                     | EDAD |                         | CELULAR |  |
| NIVEL EDUCACIONAL PADRE<br>ESCRIBA EL NÚMERO DE AÑOS EN CADA NIVEL DE EDUCACIÓN | EDUCACIÓN BÁSICA    |      | PROFESIÓN Y/O ACTIVIDAD |         |  |
|   | EDUCACIÓN MEDIA     |      | FONO TRABAJO            |         |  |
|   | TÉCNICO PROFESIONAL |      | CARGO                   |         |  |
|   | UNIVERSITARIA       |      | CORREO ELECTRÓNICO      |         |  |

**EN CASO DE EMERGENCIAS**

| ANTECEDENTES MÉDICOS IMPORTANTES DEL ALUMNO(A)                     |        |    |       |   |   |
|--|--------|----|-------|---|---|
| ENFERMEDADES DE CUIDADO QUE TENGA O HAYA TENIDO                    | SI     | NO | CUÁL  |   |   |
| TIENE PROBLEMA DE VISIÓN   | SI     | NO | CUÁL  |   |   |
| TIENE PROBLEMA DE AUDICIÓN   | SI     | NO | CUÁL  |   |   |
| TIENE PROBLEMA DE COLUMNA O PIE PLANO                              | SI     | NO | CUÁL  |   |   |
| SUFRE DE DOLOR DE CABEZA FRECUENTE                                 | SI     | NO | CAUSA |   |   |
| SEÑALAR NOMBRES DE SERVICIOS DE SALUD CON QUE CUENTA EL ALUMNO (A) |        |    |       |   |   |
| ISAPRE   | FONASA | A  | B     | C | D |
| SEGUROS  |        |    |       |   |   |
| CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:                                       |        |    |       |   |   |
| <b>PRIMERA PERSONA</b>   |        |    |       |   |   |
| NOMBRE Y APELLIDO: _____   |        |    |       |   |   |
| RUT: _____   |        |    |       |   |   |
| TELÉFONO: _____  |        |    |       |   |   |
| <b>SEGUNDA PERSONA</b>   |        |    |       |   |   |
| NOMBRE Y APELLIDO: _____   |        |    |       |   |   |
| RUT: _____   |        |    |       |   |   |
| TELÉFONO: _____  |        |    |       |   |   |

|  |            |      |       |                 |  |
|--|------------|------|-------|-----------------|--|
| USTED CANCELARÁ LA COLEGIOATURA<br>(MARQUE CON UNA X LA QUE CORRESPONDA) |            |      |       |                 |  |
| TARJETAS DE CRÉDITO O DEBITO PAGO <b>ANUAL</b>                           | RED COMPRA | VISA | MAGNA | GRANDES TIENDAS |  |
| 10 CHEQUES PARA COBRO <b>MENSUAL</b>                                     |            |      |       |                 |  |

PEÑAFLOR, \_\_\_\_\_ 2025

FIRMA DEL APODERADO/A

VICUÑA MACKENNA 3081, PEÑAFLOR [www.colegioclaudiogay.cl](http://www.colegioclaudiogay.cl)