

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				NÚMERO DE HIJOS _____ LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HIJOS _____ GRUPO FAMILIAR QUE LO COMPONEN _____			
PADRE Y MADRE							
SÓLO MADRE							
SÓLO PADRE							
OTRO, ESPECIFICAR:							
NOMBRE COMPLETO APODERADO/A							
CORREO DEL APODERADO/A EL CUAL DEBERÁ ESTAR VIGENTE PARA TODO EL AÑO ESCOLAR							
ALUMNO (A) PARTICIPA EN CLASES DEL PLAN AFECTIVIDAD, SEXUALIDAD Y GÉNERO.				SI	NO	POR QUÉ	

ANTECEDENTES FAMILIARES

NOMBRE COMPLETO MADRE							
RUN			EDAD		CELULAR		
NIVEL EDUCACIONAL MADRE 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		

NOMBRE COMPLETO PADRE					
RUN		EDAD		CELULAR	
NIVEL EDUCACIONAL PADRE 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
SEGUROS					
CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:					
PRIMERA PERSONA					
NOMBRE Y APELLIDO: _____					
RUT: _____					
TELÉFONO: _____					
SEGUNDA PERSONA					
NOMBRE Y APELLIDO: _____					
RUT: _____					
TELÉFONO: _____					

USTED CANCELARÁ LA COLEGIOATURA (MARQUE CON UNA X LA QUE CORRESPONDA)				
TARJETAS DE CRÉDITO O DÉBITO PAGO ANUAL	RED COMPRA	VISA	MAGNA	GRANDES TIENDAS
10 CHEQUES PARA COBRO MENSUAL				

PEÑAFLO, _____ 2025

FIRMA DEL APODERADO/A

VICUÑA MACKENNA 3081, PEÑAFLO www.colegioclaudiogay.cl