

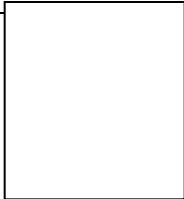


## FICHA PERSONAL DEL ALUMNO(A) MATRÍCULA AÑO 2023

Curso 2023:

Fecha en la que:   
Ingresó al Colegio CEB

N° de Matricula Año 2023   
(Uso Exclusivo Colegio)



**DATOS ALUMNO(A):**

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

Paterno	Materno	Nombres
Género	Domicilio, N°, villa o población	Comuna
Fecha de Nacimiento	Estatura (CMS)    Peso (KG)	Teléfono casa    Teléfono Celular
En caso de emergencia avisar a (nombre, apellidos)		Teléfono/ celular
N° Hermanos	Con quien Vive	Colegio Procedencia en caso que sea alumno(a) nuevo

**ANTECEDENTES DEL PADRE:**

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

Paterno	Materno	Nombres
Teléfono casa    Teléfono celular	Estado Civil	Profesión
Domicilio, N°, villa o población		Comuna
Fecha de Nacimiento	E-mail	Modalidad de pago
Apoderado Académico <input type="checkbox"/>		Apoderado Responsable del pago <input type="checkbox"/>

Pagaré   
 Cheque

**ANTECEDENTES DE LA MADRE:**

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

Paterno	Materno	Nombres
Teléfono casa    Teléfono celular	Estado Civil	Profesión
Domicilio, N°, villa o población		Comuna
Fecha de Nacimiento	E-mail	Modalidad de pago
Apoderado Académico <input type="checkbox"/>		Apoderado Responsable del pago <input type="checkbox"/>

Pagaré   
 Cheque

**OTROS HERMANOS EN EL COLEGIO**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_



**ANTECEDENTES RESPONSABLE ECONÓMICO (Quien firma contrato matrícula)**

(Sólo en caso de ser distinto al padre o madre debe completar este cuadro)

Nombre Completo (apellidos, nombres)			RUT: _____
Teléfono casa	Teléfono celular	Estado Civil	Profesión
Domicilio, calle, N°, villa o población			Comuna
Fecha de Nacimiento	E-mail	Modalidad de pago	Pagaré <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/>

**SALUD DEL ALUMNO(A)**

Factor RH- Grupo sanguíneo \_\_\_\_\_

1. Indique si el alumno(a) ha sufrido alguna enfermedad grave anotando el año en que se produjo y cuál. \_\_\_\_\_
2. Indique si el alumno (a) ha seguido o sigue algún tratamiento neurológico, psicopedagógico, fonoaudiológico, etc. ¿Cuál? especificar \_\_\_\_\_
3. ¿Padece alguna enfermedad crónica (enfermedad de larga duración, por lo general de progresión lenta)? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
¿Cuál? \_\_\_\_\_
4. ¿Es el alumno(a) alérgico a algo? Sea específico en el caso de una respuesta afirmativa: \_\_\_\_\_
5. ¿Presenta el alumno(a) alguna enfermedad que lo obligue a ser tratado con medicamentos específicos? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Enfermedad a tratar	Nombre del Medicamento	Dosis/ Horario

6. ¿El alumno(a) ha sido operado? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿De qué? \_\_\_\_\_
7. ¿El alumno(a) Tiene:
  - a) Problemas de Visión : SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Especificar? \_\_\_\_\_
  - b) Problemas de Audición : SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Especificar? \_\_\_\_\_
8. Recordar que en caso de accidente escolar, conforme seguro escolar el alumno(a) es derivado al Hospital Josefina Martínez /I Hospital Sotero del Río ¿En caso de no poder contactar al apoderado, está de acuerdo en que se derive directamente?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

9. A quien autoriza para retirar a su hijo(a) del Colegio en caso de evacuación, incendio u otra emergencia:

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Autoriza al Alumno(a) Enseñanza Media a retirarse solo? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Recordar que en caso de retiro dentro del horario escolar, éste debe ser formalizado previamente mediante la agenda del colegio, detallando claramente los datos de la persona que retirará al alumno(a). El adulto deberá presentarse con su Cédula de Identidad.**

El apoderado o responsable económico declara que toda la información entregada en el presente documento es fidedigna y se compromete a informar formalmente por agenda al Colegio cualquier cambio en los antecedentes aquí proporcionados. Recordar que esta información es confidencial.

\_\_\_\_\_

**NOMBRE****RUT****FIRMA**