



**ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE**

Nombres		Curso:	
Apellidos		Fecha matrícula:	
RUN:		Fecha de nacimiento	
Género		Nacionalidad	
Dirección:		Comuna	
Correo electrónico		Teléfono Celular	
Colegio procedencia		Nombre contacto emergencia	
Teléfono emergencia		Vive con	
Prioritario 2025	Si	No	

**ANTECEDENTES DE SALUD**

Estatura (cm)		Peso (kg)	
Grupo Sanguíneo		Alergias a alimentos	
Alergias a medicamentos		Medicamentos contraindicados	
Enfermedades crónicas		¿Cuenta con vacuna COVID 19?	
¿Apto para Educación Física?		Sistema de Previsión	
¿Posee seguro escolar privado?		Consultorio o clínica donde se atiende	
Observaciones			

**APODERADOS**

Apoderado titular			
Nombres y Apellidos		Pasaporte	
RUN		Parentesco	
Domicilio		Comuna	
Teléfono Celular		Correo electrónico	
Apoderado suplente			
Nombres y Apellidos		Pasaporte	
RUN		Parentesco	
Domicilio		Comuna	
Teléfono Celular		Correo electrónico	

## AUTORIZACIÓN Y COMPROMISO

Como Apoderado (a), me comprometo a informar al establecimiento cualquier anomalía y/u observación médica que pueda presentar mi hijo (a) en el transcurso del año escolar 2025 y que pueda significar algún cambio en su condición física que lo haga apto para su desempeño escolar.

Informar al establecimiento si el estudiante se encuentra bajo tratamiento médico farmacológico durante horario de clases, para ello, presentar copia de la receta médica del especialista en tratamiento en la sala de enfermería de la Escuela. SOLO serán administrados según prescripción médica en los horarios establecidos y sin tardanza para seguridad del estudiante.

De acuerdo a los antecedentes expuestos, autorizo a mi hijo(a) para realizar las clases de Educación Física planificadas en el establecimiento como también la participación de talleres extraprogramáticos u otra actividad que requiera esfuerzo físico. Recordamos que ante una NO autorización deberá presentar toda la documentación médica requerida por el establecimiento para la eximición del estudiante.

Nombre del Apoderado: \_\_\_\_\_

Rut del Apoderado: \_\_\_\_\_

Firma del Apoderado: \_\_\_\_\_