



FICHA PSICOSOCIAL 2024
(Completar todos los antecedentes)

Curso 2024: _____

Identificación

Nombre del estudiante: _____

R.U.T: _____ Fecha Nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ N° _____

Población: _____ Referencia: _____

Teléfonos: (mamá) _____ (papá) _____

Teléfonos alternativos: _____

Previsión: Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____ (FONASA, ISAPRE, SUF, FFAA, Otra.)

Posee algún Seguro Privado de Salud: Sí _____ No _____ ¿Cuál?

Consultorio al que pertenece: _____ Usa lentes: Si _____ No _____

¿Pertenece al programa familia? Si _____ (Presentar comprobante en marzo a A. Social) No

¿Es Estudiante Prioritario? Sí _____ No _____ ¿Es Estudiante Preferente? Sí _____ No _____

Antecedentes Psicosociales:

1.-Su hijo(a), vive con (marque con una x según corresponda):

Ambos padres _____ Madre _____ Padre _____ Otro _____ ¿Quién? _____

2.- ¿Quién tiene la tuición del niño(a)? _____

3.- ¿Existe algún adulto que tenga prohibición de acercarse al estudiante o alguna otra medida de protección vigente? Sí: _____ No: _____ En caso de marcar sí, debe presentar el documento vigente en el establecimiento. Si durante el año se genera alguna medida presentarla de inmediato.

4.-Número de hijos/as: _____ Lugar que ocupa: _____ Número total del grupo familiar: _____

5.- Antecedentes Familiares

	Escolaridad (último curso aprobado)	Ocupación/Oficio	Lugar de Trabajo	Teléfono Trabajo
Madre				
Padre				

6.-Tipo de vivienda: (marque con una x según corresponda)

Propia__ Propia pagándose__ Arrendada__ Cedida__ Allegados__ Otra__ N° de dormitorios__

7.-Pertenece a algún programa de JUNAEB: NO _____ Sí _____ (Marque con una x el correspondiente)

Programa alimentación escolar (PAE)____ Oftalmólogo__ Otorrino__ Dental__ Otra cual _____

8.-Necesita que su hijo (a) sea beneficiario del Programa de alimentación escolar JUNAEB:

No _____ Si _____ (es obligatorio presentar a A. Social el Registro Social de Hogar actualizado para postular)

9.- Su hijo(a) presenta enfermedad crónica: Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____

¿Toma algún Medicamento? Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____

10.- Su hijo(a) se encuentra en algún tratamiento o terapia: Si _____ No _____ (Marque según corresponda): Otorrino____ Oftalmólogo____ Neurólogo____ Psicólogo____ Psiquiatra____

Otro _____ ¿Cuál? _____

Nombre Apoderado: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

AUTORIZACIÓN DE TRASLADO AÑO 2024

Con fecha / / ,

Apoderada/o dedel curso.....

SI.....NO..... Autorizo al establecimiento a trasladar a mi hijo/a a alguna institución ya sea de salud, JUNAEB etc. En caso de requerir atención profesional (médico, oftalmólogo, otorrino, dentista u otro) lo anterior debido a un diagnóstico, enfermedad, tratamiento y/o accidente escolar.

Nombre:

Firma:

**COMPROMISO CON EL REGLAMENTO DE CONVIVENCIA
ESCOLAR AÑO 2024**

Con fecha / / .

Declaro que he tomado conocimiento del reglamento de Convivencia Escolar, el cual se encuentra en la página web del establecimiento. Comprometiéndome a respetar, cumplir, hacer cumplir y aceptar todo lo que en él se dispone.

Nombre:

Firma: