



Identificación:

Nombre del estudiante: _____

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

Dirección: _____ N° _____

Población: _____ Referencia: _____

Teléfonos Apoderados:(especificar parentesco) _____

Teléfonos alternativos (para llamar en caso de emergencia): _____

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: _____

Antecedentes Familiares:

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

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

Propia ___ Propia pagándose ___ Arrendada ___ Cedida ___ Allegados ___ Otra ___

N° de dormitorios _____

6.-Pertenece a algún programa de **JUNAEB**: NO ___ Sí ___ (marque con una x el correspondiente)

Programa alimentación escolar (PAE) ___ Oftalmólogo ___ Otorrino ___ Dental ___ Otra cual _____

Estudiante de origen indígena: Sí ___ No ___ Cual _____

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

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

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

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

¿Su hijo(a) es alérgico? Sí ___ No ___ ¿A qué? _____

9.- 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 2025

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 2025**

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: