

IV. Composición del Grupo Familiar

Nombres	Parentesco con el(la) Alumno	Edades	Jardín infantil o Colegio actual
1-.....
2-.....
3-.....
4-.....
5-.....

V. SITUACIÓN DE SALUD PREVENTIVA DEL ALUMNO**1.- EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR**

A: _____

Parentesco: _____ Teléfonos: _____

2.- EN CASO DE TENER SEGURO ACCIDENTE ESCOLAR PRIVADO

LA INSTITUCIÓN ES: _____

Declaración: En caso de tener algún accidente en el colegio y no tener seguro accidente escolar privado contratado, SI acepto que mi hijo(a) sea llevado al hospital que corresponda por el seguro estatal.

Firma apoderado: _____ Firma Papá/Mamá: _____

3.- ANTECEDENTE DE SALUD DE SU HIJO:

	SI	NO	Tratamiento
Deficiencia visual: (acreditar certificado médico)	_____	_____	_____
Deficiencia auditiva: (acreditar certificado médico)	_____	_____	_____
Alergias: (acreditar certificado médico)	_____	_____	_____
Tratamiento Médico:	_____	_____	_____

4.- POR FAVOR INDIQUE A CONTINUACION CUALQUIEN OTRO ANTECEDENTE QUE USTED CONSIDERE NECESARIO DAR A CONOCER A SU PROFESOR JEFE SOBRE LA SALUD DE SU HIJO(A):

Fecha de entrega de la presente ficha:

Los suscritos declaran haber leído, conocer y aceptar en su totalidad, el Proyecto Educativo Institucional, el Reglamento Interno de Convivencia Escolar y el Reglamento de Evaluación, disponibles para descarga desde la página web del Colegio (www.divinapastora.cl).

.....
Firma Padre o Apoderado.....
Firma Madre o Apoderado