



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)	_____	_____	_____
Algún Tratamiento Médico: (acreditar certificado 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