



## ANTECEDENTES DEL ALUMNO 2025

Es imperativo responder con honestidad toda la información solicitada. Así mismo, si durante el transcurso del año escolar se presentara algún cambio que modifique lo acá declarado, será de exclusiva responsabilidad de los apoderados firmantes el comunicarlo oportunamente a este colegio (responda con letra imprenta y marque con "X" los casilleros de las respuestas.)

**NOMBRE DEL ALUMNO:** \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ R.U.N.: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Comuna: \_\_\_\_\_

Persona con quien vive el alumno (marque X):  padre  madre  ambos padres  abuelo/a  otro: \_\_\_\_\_

**DATOS BIOLÓGICOS DE INTERÉS:** (marque con X solo la información que corresponda a su hijo/a y especifíquela)

- ❖ ¿Padece de alguna dolencia o enfermedad de tipo físico-biológica? Sí  No
- Dificultades cardíacas  Descompensación de azúcar  Diabetes  Obesidad  
 Dificultades respiratorias  Limitación en articulaciones  Epilepsia  Hipertensión  
 Otra: \_\_\_\_\_
- ❖ Registra diagnóstico de Déficit Atencional, Trastorno Específico del Aprendizaje en algún área específica u otro Síndrome Conductual ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- ❖ Está en tratamiento médico. ¿Qué tipo de especialista lo atiende? \_\_\_\_\_
- ❖ La atención de especialistas, ¿está vigente o terminó el tratamiento? Especifique \_\_\_\_\_
- ❖ Medicamentos que consume como parte de un tratamiento ¿cuáles? \_\_\_\_\_
- ❖ Tiene alergia a algún alimento, medicamento u otro elemento ¿cuál? \_\_\_\_\_
- ❖ Presenta algún problema de salud u otra condición especial que requiera de Necesidades Educativas Especiales (marque X):  
Sí  No  ¿cuál? \_\_\_\_\_

**Toda información de salud, debe ser respaldada por informe médico, al igual que las recetas de medicamentos**

### ANTECEDENTES DE LOS. PADRES (antecedentes para el libro de clases)

❖ **Nombre del padre:** \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ R.U.N.: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Escolaridad: (marque X en una sola de las alternativas de acuerdo a su último nivel de estudios)

Ed. básica completa  Ed. media completa  Ed. técnica completa  Ed. universitaria completa  
 Ed. básica incompleta  Ed. media incompleta  Ed. técnica incompleta  Ed. universitaria incompleta

❖ **Nombre de la madre:** \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ R.U.N.: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Escolaridad: (marque X en una sola de las alternativas de acuerdo a su último nivel de estudios)

Ed. básica completa  Ed. media completa  Ed. técnica completa  Ed. universitaria completa  
 Ed. básica incompleta  Ed. media incompleta  Ed. técnica incompleta  Ed. universitaria incompleta

### ANTECEDENTES DEL APODERADO. TITULAR

**Nombre y apellidos:** \_\_\_\_\_

Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ R.U.N.: \_\_\_\_\_

Relación con el alumno: (marque X)  padre  madre  abuelo/a  otro: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Comuna: \_\_\_\_\_

Profesión / ocupación: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Nombre del apoderado suplente:** \_\_\_\_\_

Relación con el alumno: (marque X)  padre  madre  abuelo/a  otro: \_\_\_\_\_

### EMERGENCIAS: En caso de emergencia inmediata avisar prioritariamente a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Al momento de la firma de la presente ficha, el apoderado declara estar en pleno conocimiento y aceptación del contenido del **Proyecto Educativo Institucional** y los **Reglamentos de convivencia y Reglamento de evaluación**, comprometiendo una participación responsable y proactiva durante la permanencia del educando. Los reglamentos están en la página web del colegio [www.colegiomansodevelasco.cl](http://www.colegiomansodevelasco.cl)

Firma Apoderado

Firma Apoderado

TITULAR

SUPLENTE