



# FUNDACIÓN EDUCACIONAL ANTAMARA

## FICHA ESCOLAR DEL ALUMNO/A AÑO ESCOLAR 202 .

Curso Alumno/a: \_\_\_\_\_

### I. DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE

1.	_____	_____
	Apellido Paterno	Apellido Materno
	_____	
	Nombres	

2.	_____	_____
	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento
	_____	_____
	R.U.N	Sexo

3.	_____
	Domicilio

4.	_____	_____
	Nombre Apoderado Titular	Teléfono Apoderado
	_____	_____
	R.U.N	Parentesco
	_____	
	Correo electrónico personal	

5.	_____	_____
	Nombre Apoderado Suplente	Teléfono Apoderado Suplente
	_____	_____
	R.U.N	Parentesco
	_____	
	Correo electrónico personal	

6.	El alumno/a vive con:			
	Ambos Padres:	<input type="checkbox"/>	Solo Madre: <input type="checkbox"/>	Solo Padre: <input type="checkbox"/>
	Otro Pariente:	Especificar Nombre: _____		
	Hogar de Menores:	Nombre Hogar: _____		
		Nombre Encargado: _____		
6.1	Grupo que integra la familia: _____			

6.2 Hermanos en el mismo establecimiento: Indicar Nombre y Curso:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6.3 En caso de emergencia (**Otro contacto, distinto al apoderado titular y suplente**)  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

6.4 Autorizados a Retirar al estudiante: (**para alumnos/as de Educación Parvularia a 6° básico, diferente al apoderado titular, suplente y emergencia**)

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

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

6.5 Autorización para que mi hijo/a se retire solo del Establecimiento Educacional al finalizar su jornada de clases:

SI  NO

Nombre apoderado: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

7. a) Sistema de Salud (Fonasa o Isapre): \_\_\_\_\_

b) Enfermedad en la actualidad: \_\_\_\_\_ Tratamiento: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

c) Alérgico/a: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ En caso de respuesta afirmativa indicar a qué es alérgico/a:  
 \_\_\_\_\_

d) Está en tratamiento: Psicológico: \_\_\_\_\_ Psicopedagógico: \_\_\_\_\_ Neurológico: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

e) Posee Necesidades Educativas: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
 Con Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Sin Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**(En caso de tener problemas de salud, tratamiento médico o necesidades educativas debe presentar certificado médico actualizado)**

## II. DATOS ACADÉMICOS DEL ESTUDIANTE

1. \_\_\_\_\_  
 Procedencia (Nombre y ciudad del Establecimiento)

\_\_\_\_\_  
 Curso que ha repetido                      Año de repitencia

## III. DATOS ACADÉMICOS DE LOS PADRES (Marque con una X)

1. Escolaridad de la Madre:

Educación Básica		Enseñanza media		Superior	
		● Humanista Científica .....		● Instituto.....	
		● Técnico Profesional .....		● Universidad.....	
Completa	Incompleta	Completa	Incompleta	Completa	Incompleta

2. Escolaridad del padre:

Educación Básica		Enseñanza media		Superior	
		● Humanista Científica .....		● Instituto.....	
		● Técnico Profesional .....		● Universidad.....	
Completa	Incompleta	Completa	Incompleta	Completa	Incompleta

Recepción Colegio: \_\_\_\_\_ Fecha Matricula: \_\_\_\_\_