

Apoderado Suplente: _____ Parentesco: _____
Teléfono: _____ Dirección: _____ Rut _____

EL (LA) ESTUDIANTE VIVE CON:

Ambos Padres _____ Sólo Padre _____ Sólo Madre _____

¿Con quién vive, sino es con su padre o con su madre?

En caso de urgencia los contactos son: _____

VIVIENDA Y SITUACIÓN ECONÓMICA

- Propia __ Cedida __ Arrendada __ Allegados __ Sector urbano __ Rural __
- Casa __ Departamento __ Mediagua __ Pieza __ Vivienda colectiva __ Baño con ducha: _____
- N° Dormitorios __ N° personas habitan la vivienda: __ N° camas: _____
- Ingreso Familiar mensual \$ _____
- Recibe SUF (subsido único familiar) si __ no __
- Programa Chile solidario o puente (certifica con liquidación de pago) si __ no __
- Credencial de discapacidad SI __ NO __
- Solicita incorporación Programa de Alimentación Escolar si __ no __

ANTECEDENTES DE APOYO AL PROCESO EDUCATIVO

- Calificación del lugar de estudio en la vivienda:
Adecuado _____ Medianamente adecuado _____ Inadecuado para el estudio _____
- Existe algún adulto que apoya el aprendizaje y labores del alumno:
Si __ No __ ¿Quién? _____

ANTECEDENTES DE MOVILIZACIÓN DEL ALUMNO

- Tiempo que demora de la casa al colegio:
5 a 30 min __ 31 a 60 min __ 61 a 90 min __ 91 a 120 min __ más de 120 min __
- Medio de transporte para llegar al colegio:
Locomoción colectiva __ Vehículo particular __ Bicicleta __ Metro __
Furgón __ Nombre transportista _____
Teléfono transportista _____ No usa medio de transporte __

ANTECEDENTES DE SALUD DEL ALUMNO

- Sistema de salud:
• Diagnostico enfermedad o patología _____
 - Alimentos contraindicados _____
 - Alergias _____
 - Tratamientos con especialistas:
• Psiquiatra __ PS __ Neurólogo __ Otros _____
 - Tiene contraindicación para realizar ED. Física. SI __ NO __
- Isapre ¿Cuál? _____ Fonasa A __ B __ C __ D __ Prais __ Particular __
Indigente __ Otro __
- Lugar donde se atiende:
Consultorio Aníbal Ariztia __ Otro _____
 - Tiene seguro escolar privado: si __ no __ Institución: _____
Pensión de Invalidez si __ no __ Toma medicamentos: si __ no __ cuál _____
Teléfonos en caso de Urgencia _____

AUTORIZACIONES

		RUT	FIRMA
Para ser evaluado y recibir apoyo de especialistas para atender sus necesidades educativas especiales en caso que el colegio así lo disponga.	SI___ NO___		
Para ser trasladado al estadio Patricia, para realizar actividades deportivas y/o actividades extraescolares y salidas extra programáticas.	SI___ NO___		
Para realizar salidas extra programáticas como apoyo a sus aprendizajes.	SI___ NO___		
Para ser filmado o grabado dentro y fuera del colegio Juan Pablo II en actividades inherentes al quehacer educativo.	SI___ NO___		
Declaro recibir y conocer los Reglamento de Evaluación y Promoción y de Convivencia Escolar.	SI___ NO___		
Autorizo a mi pupilo (a) para trasladarse solo desde el Colegio a la casa.	SI___ NO___		
Autorizo para que funcionario Asistentes, Profesora Jefe realicen cuando el alumno requiera apoyo en cambio de muda o toalla higiénica según corresponda.	SI___ NO___		

Nombre del Apoderado

Firma del Apoderado

Matriculado Por: _____

Firma y Rut del Apoderado _____