



Colegio Las Condes

DATOS DEL ESTUDIANTE

Nombre Completo del Estudiante							
Run							
Fecha de Nacimiento							
Edad							
Nacionalidad							
Pertenece algún pueblo originario	Si			No			
Nivel / Curso							
Colegio de Procedencia							
Repitencia y que nivel	Si		Nivel		No		
Ha pertenecido al programa de integración.	Si			No			
Cuanto tiempo (años y cursos)							
Tuvo apoyo en escuelas de lenguaje	Si			No			
Atención de profesionales externos (marque con una x)	Psicólogo						
	Educador diferencial y/o psicopedagogo						
	Fonoaudiólogo						
	Terapeuta Ocupacional						
	Psiquiatra y/o Neurólogo						
Dirección							
Comuna							
Vive con	Ambos Padres		Madre		Padre		Otro
Teléfono Móvil Estudiante.							
Correo Electrónico Estudiante.							

DATOS DEL APODERADO

Nombre Completo del Apoderado										
Nombre completo Apoderado Suplente										
Run										
Run apoderado suplente										
Nacionalidad										
Parentesco del apoderado										
Parentesco del apoderado suplente										
Dirección apoderado										
Comuna apoderada										
Vive en	Casa				Depto.				Otros	
Nivel de estudios Cursados Madre	Ed. Básica		Ed. Media		Ed. Técnica		Ed. Superior		E. Post - Grado	
Nivel de estudios Cursados Padre	Ed. Básica		Ed. Media		Ed. Técnica		Ed. Superior		E. Post - Grado	
Profesión u Oficio Madre										
Profesión u Oficio Padre										
N° de pupilos en el colegio / cursos										
Seguro de salud (mantiene convenio con algún centro de salud)										
Teléfono Móvil	Apoderado				Suplente					
Correo Electrónico	Apoderado				Suplente					

Firma de apoderado

<https://www.corplacondes.cl/educacion-municipal-las-condes.php>



@colegiolascondes



@colegiolascondes



Colegio Las Condes

AUTORIZACION Y COMPROMISOS

Nombre Completo del Estudiante	
Nivel / Curso	

Detalle	SI	NO
Autorizo a que se proceda a practicar en mi pupilo procesos de evaluación y su correspondiente tratamiento y/o apoyo por parte de especialistas para atender sus necesidades educativas especiales. De igual forma autorizo el ingreso al PIE en caso de que sea necesario.		
Autorizo el traslado de mi pupilo al centro de aprendizaje con el objetivo de recibir tratamiento y/o apoyo de especialista.		
Me comprometo a llevar a mi pupilo al centro de aprendizaje en los horarios que se me cite.		
Autorizo el traslado a los centros deportivos de la comuna, para realizar para realizar actividades deportivas y/o actividades extraescolares.		
Autorizo a mi pupilo a realizar salidas pedagógicas extraprogramáticas como apoyo a sus aprendizajes		
Autorizo a mi pupilo a ser filmado, fotografiado, o gravado en vivo dentro y fuera del colegio en actividades inherentes al quehacer educativo del establecimiento		
Autorizo a mi pupilo a trasladarse solo desde el Colegio a la casa.		
Utiliza transporte escolar para el traslado de su pupilo.		
Autorizo para que, en caso de algún accidente escolar grave, traslade a mi alumno(a) al centro asistencial correspondiente para que se le brinde los primeros auxilios en el intertanto me comprometo a acercarme al establecimiento asistencial a hacerme cargo de la situación		
Me comprometo a revisar en página web del colegio el reglamento interno y reglamento de evaluación del Colegio.		
Autorizo a las siguientes personas para que puedan retirar a mi pupilo. (Pre Kinder-Kinder. 1° y 2° básico)	1.-	RUT:
	2.-	RUT:
	3.-	RUT:

Firma de Apoderado

<https://www.corplascondes.cl/educacion-municipal-las-condes.php>



@colegiolascondes



@colegiolascondes