



“COLEGIO DE ASIS”

FICHA DE MATRICULA

Curso: _____ Jornada _____ Año _____

I.-ANTECEDENTES DEL ALUMNO (a)

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
/ /					
Fecha de Nacimiento		Ciudad		R.U.N.	
Domicilio		Número		Villa	
En caso de emergencia avisar a				Fono	

El alumno vive con:

Ambos padres		Papá		Mamá		Abuelos		Otros	
--------------	--	------	--	------	--	---------	--	-------	--

a) ANTECEDENTES ESCOLARES DEL ALUMNO (a)

Procedencia		Curso(s) que ha repetido	
SI	NO	SI	NO

b) Complete con una X. Tiene o ha tenido problemas:

	SI	NO		SI	NO
Auditivos			Psicológico		
Visuales			Neurológico		
Dental			Psicopedagógico		
Traumatológico			Otro		

c) Detalle el tratamiento que recibe (por alguna causa anterior) y qué medicamentos debe ingerir:

IV.- SITUACIÓN SOCIO - ECONÓMICA - MARQUE CON UNA X

Estado civil de los Padres:	casados	separados	viudo(a)	convivientes
Nº de hijos	Lugar que ocupa el ALUMNO(A) entre sus hermanos:			
Cantidad de personas que habitan en la casa	Nº Hermanos :			
Nombre hermano(a): _____ Edad: _____ Lugar de Estudio: _____.				
Nombre hermano(a): _____ Edad: _____ Lugar de Estudio: _____				
Nombre e hermano(a): _____ Edad: _____ Lugar de Estudio: _____				
Vivienda	1º	Propia	Arrendada	Allegados
	2º	Sólida	Madera	Otros
	3º	Agua potable	Luz eléctrica	Alcantarillado

V.- ANTECEDENTES DE SALUD

Peso: _____	Estatura: _____	Grupo Sanguíneo/RH: _____
-------------	-----------------	---------------------------

a) Indique con una “equis” si el estudiante (a) presenta alguno de los siguientes antecedentes:

<input type="checkbox"/>	Migraña Infantil	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	Cólico abdominal recurrente	<input type="checkbox"/>	Asma
<input type="checkbox"/>	Alteraciones cardíacas	<input type="checkbox"/>	Uso de plantillas
<input type="checkbox"/>	Alteraciones de crecimiento	<input type="checkbox"/>	Dificultad presión arterial
<input type="checkbox"/>	Alteraciones visuales	<input type="checkbox"/>	Alteraciones auditivas
<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Trastornos de Columna
<input type="checkbox"/>	Obesidad Infantil	<input type="checkbox"/>	Alergia
<input type="checkbox"/>	Enfermedad Celíaca	<input type="checkbox"/>	Alteraciones musculares o Articulares

b) Detalle el tratamiento que recibe (por alguna causa anterior) y qué medicamentos debe ingerir:

c) El estudiante ha sido diagnosticado por un médico con alguna enfermedad crónica?

SI		NO		NO SABE	
----	--	----	--	---------	--

d) ¿Qué enfermedad crónica le fue diagnosticada? Marque con una X

Asma	Bronco pulmonar	Diabetes	Epilepsia	Obesidad	Enfermedad respiratoria	Enfermedad cardiaca	Otra. Cuál?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enfermedad Tratada	Si - No	Año	Medicamentos que no puede ingerir

VI.- DE LAS CLASES DE EDUCACION FISICA

- a) El estudiante presenta alguna de las siguientes patologías diagnosticada por un especialista que lo imposibilite de realizar actividad física en la asignatura de Educación Física ?

	SI	NO	En TratamientoCuál?
Enfermedad cardiovascular preexistente			
Insuficiencia cardiaca			
Taquicardia			
Arritmia			
Soplo cardiaco			
Asma crónica			
Obesidad			
Hipertensión			

Si la respuesta es positiva, debe hacer llegar el certificado médico, hasta fines de Abril, el Médico debe especificar el diagnóstico, qué tipo de actividades, deporte o ejercicios son contraindicados o eximición de la actividad física. Debe venir el original con la firma, timbre y RUT del especialista.

- b) Indique si al estudiante le ha realizado alguno de estos exámenes cardiovascular preventivo:

Examen	SI	NO
Electrocardiograma		
Test de esfuerzo		

- c) Indique el año del último examen cardiovascular preventivo realizado al estudiante:

Año	
-----	--

- c) Indique si el diagnóstico médico lo imposibilita de la actividad física para las clases Educación Física ?

SI		NO	
----	--	----	--

IMPORTANTE : Es responsabilidad de los padres a cargo del menor realizar los chequeos y exámenes preventivos que **ayuden a alertar en caso de riesgo cardiovascular , (epilepsia) u otra patología, e informar** al Establecimiento para adecuar la metodología y planificación en las clases de Educación Física según el informe médico. En consecuencia, debe hacer llegar el certificado médico que acredite al alumno **APTO para realizar actividad física hasta el 30 de Abril.**

VIII.-: ANTECEDENTES DEL APODERADO

Apellido paterno	Apellido Materno	Nombres
<p>Parentesco con el Alumno(a):</p> <p>Observaciones:</p> <p>Firma- Rut:</p>		

VIII:-Situación del alumno(a), en aspectos familiares /judiciales (si correspondiera), (tución, medidas de protección, medidas cautelares u otra). Debe acompañar orden judicial otorgado por el Tribunal. Es responsabilidad del apoderado, informar a Dirección, toda situación en esta materia, respaldada por el documento que entrega Tribunales para estos casos.

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

“COLEGIO DE ASIS”