



“COLEGIO DE ASIS”

FICHA DE MATRICULA

I.-ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE. CURSO _____ **AÑO:** _____

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
/ /		
Fecha de Nacimiento	Ciudad	R.U.N.
Nacionalidad	Dirección	N° Comuna
En caso de emergencia avisar a		Fono

II.-ANTECEDENTES DE APOYO ESCOLAR 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 u otro no especificado anteriormente) e indique qué medicamentos debe ingerir:

II.- ANTECEDENTES DE LA FAMILIA

a) MAMA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Correo electrónico	R.U.N.	Profesión u Oficio
Nombre trabajo		
Fono casa	Fono trabajo	Fono celular
Nivel Educacional:	Educ. Básica	Educ. Media
		Educ. superior

b) PAPA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Correo electrónico	R.U.N.	Profesión u Oficio
Nombre trabajo		
Fono casa	Fono trabajo	Fono celular
Nivel Educacional:	Educ. Básica	Educ. Media
		Educ. superior

III- SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR - MARQUE CON UNA "X"

Estado civil de los Padres:	<input type="checkbox"/> casados	<input type="checkbox"/> separados	<input type="checkbox"/> viudo(a)	<input type="checkbox"/> convivientes
Nº 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 hermano(a):	_____	Edad:	_____	Lugar de Estudio: _____
El alumno vive con:				
<input type="checkbox"/> Ambos padres	<input type="checkbox"/> Papá	<input type="checkbox"/> Mamá	<input type="checkbox"/> Abuelos	<input type="checkbox"/> Otros

IV.- ANTECEDENTES DE SALUD

a) Indique con una "x" 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?

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE
-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------

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

Asma	Bronco pulmonar	Diabetes	Epilepsia	Obesidad	Enfermedad respiratoria	Enfermedad cardíaca	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

V- DE LAS CLASES DE EDUCACION FISICA

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

	SI	NO	En Tratamiento ¿Cuál?
Enfermedad cardiovascular preexistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Taquicardia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arritmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asma crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Obesidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Si la respuesta es positiva, debe hacer llegar el certificado médico, hasta fines de Marzo, El médico debe especificar el diagnóstico, qué tipo de actividades, deporte o ejercicios son contraindicados Debe venir el original con la firma, timbre y Rut del especialista.

a) 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	
-----	--

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

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

Es responsabilidad de los padres a cargo del menor realizar los chequeos y exámenes preventivos que **ayuden a alertar en caso de riesgo cardiovascular 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 estudiante **APTO para realizar actividad física hasta el 30 de Marzo.**

VI: ANTECEDENTES DEL APODERADO TITULAR. (Adulto responsable legal y canal oficial ante la Institución).

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Parentesco con el estudiante: _____		
Firma- Rut: _____		

VII:-Situación del estudiante, en aspectos familiares /judiciales.

(Tuición, medidas de protección, medidas cautelares u otra).

En cualquiera de estos casos, 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.

En caso de que los padres del menor no vivan juntos, será quien viva con el estudiante o pupilo(a), el que ejercerá el cuidado personal (Código Civil, Art. 225) en consecuencia, el Colegio - si así se le solicita- NO recibirá ninguna instrucción que no emane de quién ejerce dicho derecho.

Esta normativa no se aplicará cuando haya una sentencia o escritura pública que establezca un modo diferente en que se ejerza la tuición, en cuyo caso se actuará conforme a lo que disponga dicho documento.

" Colegio de Asís"

www.colegiodeasis.cl - Republica N°2060 - Maipú – Fono: 25311268 colegiodeasis@gmail.com