



Fecha/Date: ___/___/2019
Curso a que postula: To enter ___
Año / Year 2019

DATOS DEL POSTULANTE / PERSONAL DETAILS

Table with 4 columns: Apellido Paterno (Father's surname), Apellido Materno (Mother's surname), Nombres (Names), Fecha de Nacimiento (Date of birth), Nacionalidad (Nationality), Religion, R.U.N. (Passport)

¿Cómo conoció el proyecto educativo The Azapa Valley School? How did you know about The Azapa Valley School's project?
Jardín o Colegio de procedencia Previous School Ciudad City País Country
Motivo del retiro o cambio:

ANTECEDENTES FAMILIARES: (Incluir a todos los demás hermanos menores de 17 años; que componen el grupo familiar) DETAILS OF SIBLINGS: (Include all brothers and sisters under 17 who make up the Family group)

Table with 3 columns: Nombre completo de hermanos (Complete name of siblings), Fecha de Nacimiento (Date of birth), Establecimiento donde estudia (Present school)

POSTULANTE: APPLICANT: Vive con ambos padres Lives with both parents [] Vive solo con el padre Lives with father only [] Vive solo con la Madre Lives with mother only []

DATOS DE LOS PADRES: PARENTS' DETAILS: Madre Mother Padre Father

Form with fields for Nombre Completo (Full Name), Fecha de Nacimiento (Date of Birth), Nacionalidad (Nationality), Domicilio Particular (Home Address), Teléfono Fijo (Home Telephone), Celular (Cellular), Título/Ocupación (Professional Degree), Institución donde trabaja (Place of Work), E-mail, Observaciones (Comments)

FICHA MÉDICA

En el caso de una emergencia, su hijo(a) debe ser trasladado a:

Hospital:

Clínica:

Otro:

1. CONTACTO ADICIONAL EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre:

Relación con el/la alumno(a):

Dirección:

Teléfono del hogar

Celular:

e-Mail :

2. ANTECEDENTES DE SALUD

Grupo sanguíneo:

Alergias a medicamentos:

Alergias alimentarias:

Existe alguna situación relevante del embarazo o parto:

Sí

No

Detalle

Su hijo(a) posee alguna enfermedad grave o incapacidad que atente con su vida (ej.: diabetes)

Sí

No

Detalle

El/la alumno(a) está ingiriendo algún medicamento de importancia:

Sí

No

Detalle

- ❖ El colegio no se hace responsable de administrar medicamentos. Si fuese necesario debe venir el/la apoderado(a) para realizar la administración del medicamento.

Detallar claramente todas las operaciones que su hijo(a) ha tenido:

Indique si su hijo(a) ha sido atendido por alguno de estos especialistas; Neurólogo, Psicólogo, Psicopedagogo, Fonoaudiólogo, Psiquiatra infantil. Indique el diagnóstico.

Firma Apoderado(a)