



FICHA DEL ALUMNO

FOTO

I. IDENTIFICACIÓN

Nombres _____
Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____
Fecha de nacimiento ____/____/____ Cédula de Identidad _____
Domicilio _____ Teléfono _____
Sexo _____ Fecha ingreso _____ Edad al 30-MAR _____
Colegio de Procedencia _____
Curso año escolar 2018 _____ Jornada _____

II. ANTECEDENTES DE LOS PADRES

PADRE _____ Fecha nacimiento _____
R.U.N. _____ Escolaridad _____
Lugar de trabajo _____ Actividad _____
Teléfono _____
Mail _____ Celular _____
MADRE _____ Fecha nacimiento _____
R.U.N. _____ Escolaridad _____
Lugar de trabajo _____ Actividad _____
Teléfono _____
Mail _____ Celular _____

III. ANTECEDENTES DEL APODERADO

NOMBRE _____ RUT _____
DIRECCIÓN _____ COMUNA _____
TELEFONO _____ CORREO _____

PADRES: SITUACION CONYUGAL _____

En caso de emergencia avisar a: _____

Nombre _____ Dirección _____
Parentesco _____ Teléfono _____
Nombre _____ Dirección _____
Parentesco _____ Teléfono _____



III. GRUPO FAMILIAR

Padres viven con el niño

Padre: Si No

Madre: Si No

Nº de hijos _____ Lugar que ocupa _____

¿Cómo es la relación con sus hermanos?

Otras personas que viven con el niño

| Nombre | Edad | Parentesco | Estado Civil | Escolaridad | Lugar Trabajo | Horario |
|--------|------|------------|--------------|-------------|---------------|---------|
| | | | | | | |

¿Tiene problemas respecto a la educación del niño? (Señale)

¿Cómo es su relación con el niño?

¿Qué hace habitualmente usted cuando el niño se porta bien?

¿Y el padre (madre)?

Habitualmente ¿qué hace usted cuando el niño se porta mal?

¿Y el padre (madre)?

¿Cuál de los padres se lleva mejor con el niño y por qué?

¿Qué tiempo dedican al niño?

Padre _____ Madre _____



IV. HABITOS

¿Quién está a cargo del niño durante el día?

¿Tiene un horario establecido para sus actividades de tareas y estudio en casa?

¿En casa se lee habitualmente?

¿Quién guía o revisa las actividades escolares del alumno(a)?

V. ANTECEDENTES DEL DESARROLLO

| Centro Médico | Dónde se controla | Enfermedades que ha tenido | Vacunas |
|---------------|-------------------|----------------------------|---------|
| | | | |

Sufre de alergia _____ ¿Cual? _____

Tratamiento _____

Indique medicamentos prohibidos por prescripción médica
