

Datos Alumno/a

Nombre Alumno/a

Rut Curso Fecha Nacimiento

Nombre Padre

Nombre Madre

Dirección Alumno/a

Antecedentes Médicos

Asma

Alergias

Diabetes

Alteraciones Cardiacas

Convulsiones Febriles

Otro (especificar)

*En casos afirmativos, especificar tratamientos

El/la alumno/a se encuentra en tratamiento Psicológico o Neurológico SI NO

Actualmente toma algún medicamento, especificar

Adulto/s autorizado/s para el retiro del alumno/a en caso de urgencia médica o catastrófica

	Nombre	Teléfono	e- mail	Rut	Vínculo con alumno
1					
2					
3					
4					

* Registrar en 1er lugar, quien pueda llegar en el menor tiempo posible

* Si su hijo/a es usuario de transporte escolar, incluir datos del transportista, si usted desea que dicha persona retire a su hijo/a ante suspensiones de clases por situaciones de fuerza mayor.

Autorización para procedimiento de emergencia

Por medio de la presente autorizo, para que se asuman todas las medidas de emergencia en caso de lesiones graves o enfermedad, autorizo al traslado en ambulancia a un centro médico, con el entendimiento que será contactado/a a la brevedad posible a este respecto:

Establecimiento de Salud preferido

Autorizo SI NO

Calendario de Vacunas

Estoy en conocimiento que el Ministerio de Salud tiene un calendario de vacunas de acuerdo a la edad del niño/a, autorizo a Trebulco School para ingresar el nombre de mi hijo/a en futuros operativos de inmunización del Ministerio.

Autorizo SI NO

F I R M A

Nombre Apoderado que firma Fecha