

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
179226553	JOANA BELEN ANDRADE ZAMBRANO	957203156
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
JANDRADEZAMBRANO@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	PJ CARLOS DAVILA 7846	PROFESORA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
COLEGIO CEDEL INTEGRACIÓN	LA PINTANA	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGELICA PENTECOSTAL
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	JOANA ANDRADE
Observaciones	
DEPENDE DE LA MODALIDAD DE LA ESCUELA, SERÍA MADRE, PADRE O FURGÚN SI ES QUE ES COMPLETAMENTE PRESENCIAL Y NO HUBIERA PANDEMIA.	

Ficha Clínica

¿El estudiante tiene seguro de accidente en alguna institución particular?	Nombre de la institución donde tiene seguro	Registre teléfono de la institución en caso de emergencia
NO	0	0
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
SI	ASMA CRONICA BRONQUIAL AGUDA.	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
SOLO LLAMAR A PADRES EN CASO DE TOS CONSTANTE (TAMBIEN MOJAR CARA CON ABUNDANTE AGUA). EN CASO DE REMEDIOS, SE VERÁ CON POSTERIORIDAD.		
Observaciones		
TAMBIEN UTILIZA LENTES OPTICOS FIJOS, LOS QUE PUEDE DEJAR EN LA SALA PARA JUGAR.		

He leído y acepto los siguientes documentos del establecimiento:

Proyecto Educativo Institucional	_____ SI	_____ NO
Manual de Convivencia	_____ SI	_____ NO
Reglamento Interno	_____ SI	_____ NO
Plan de Formación Ciudadana	_____ SI	_____ NO

Firma del Padre o Madre

Firma del Apoderado

Fecha: 21-12-2020 10:37:21

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna