Curso      

* **DATOS PERSONALES DEL ALUMNO(A)**

Nombre completo       Fecha Nacimiento

Domicilio       Teléfono

* **DATOS PERSONALES DE LOS PADRES**

Nombre de la Madre       Teléfono       Teléfono

Nombre del Padre       Teléfono       Teléfono

* **EN CASO DE URGENCIA Y DE NO UBICAR A LOS PADRES AUTORIZO A LLAMAR A**

Sr(a)       Teléfono       Teléfono

Sr(a)       Teléfono       Teléfono

* **DATOS DE SALUD DEL ALUMNO(A)**

1. Alergias a Medicamentos  SI  NO

Medicamento/ Tratamiento

1. Otras Alergias  SI  NO

Medicamento/ Tratamiento

1. Enfermedades respiratorias  SI  NO

Medicamento/ Tratamiento

1. Asma  SI  NO

Medicamento/ Tratamiento

1. Diabetes  SI  NO

Medicamento/ Tratamiento

1. Epilepsia  SI  NO

Medicamento/ Tratamiento

1. Cardiopatías  SI  NO

Medicamento/ Tratamiento

1. Intervenciones Quirúrgicas  SI  NO

Medicamento/ Tratamiento

1. Otras Enfermedades  SI  NO

Medicamento/ Tratamiento

**Los siguientes datos serán completados por los profesores de Educación Física, NO COMPLETAR**

Peso del Alumno(a)      kilos Talla Alumno(a)      cms. IMC Alumno(a)

Observaciones:

Este formulario fue completado por el apoderado Sr(a):      , quien se responsabiliza por la información entregada.

Firma Apoderado(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_