



USO EXCLUSIVO DE SECRETARÍA

Fecha de inscripción: _____

Fecha Examen de Admisión: _____

Fecha y hora Entrevista con P. Rector: _____ (previo aviso de Secretaría)

DATOS DE POSTULANTE

(ESCRIBA TODO CON LETRA IMPRENTA CLARA)

	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Postulante:			
Fecha de nacimiento:	RUN:		Nacionalidad:
Curso al que postula:	Jardín Infantil o Colegio del que procede:		
Dirección de Postulante:			Comuna:
Teléfono Casa:	¿Tiene hermanos(as) en el CVDCH? () Si () No ¿En qué cursos? _____		
	¿Tiene hermanos(as) postulando al CVDCH? () Si () No ¿A qué cursos? _____		
Familiares con quienes vive:			() Papá Fallecido
() Padre () Madre () N° de Hermanos () N° de Hermanas			() Mamá Fallecida
Otras personas: _____ Lugar que ocupa entre sus hermanos: ()			
Nombre de hermanos(as) de mayor a menor			Religión:
Universidad	Curso	Nombre de Colegio o	
1. _____	_____	_____	
2. _____	_____	_____	
3. _____	_____	_____	
4. _____	_____	_____	Bautismo:()Sí-()No
5. _____	_____	_____	Comunión:()Sí-()No
6. _____	_____	_____	Confirmación:()Sí-()No
7. _____	_____	_____	

ESTADO MATRIMONIAL ACTUAL DE LOS PADRES DE POSTULANTE:

<input type="checkbox"/> Casados por la Iglesia y/o	Separado	Viudo	Anulado	Divorciado	Soltero
<input type="checkbox"/> Casados por el Civil	<input type="checkbox"/> Papá	<input type="checkbox"/> Papá	<input type="checkbox"/> Papá	<input type="checkbox"/> Papá	<input type="checkbox"/> Papá
	<input type="checkbox"/> Mamá	<input type="checkbox"/> Mamá	<input type="checkbox"/> Mamá	<input type="checkbox"/> Mamá	<input type="checkbox"/> Mamá

DATOS DEL PADRE

	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Nombre:			
Dirección:			
Fecha de Nac.:	RUT:	Tel. Part.:	Comuna:
Estudios: <input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Universitaria			
Exalumno de algún colegio de la Congregación del Verbo Divino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuál: _____			
Profesión:	Apoderado académico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Apoderado pago de cuentas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Empresa donde trabaja:			
Cargo que desempeña:			
Dirección Comercial:			
Fono Comercial:		Celular:	
E-Mail: (letra de imprenta clara y legible)			

DATOS DE LA MADRE

	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Nombre:			
Dirección:			
Fecha de Nac.:	RUT:	Tel. Part.:	Comuna:
Estudios: <input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Universitaria			
Exalumno de algún colegio de la Congregación del Verbo Divino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuál : _____			
Profesión:	Apoderado académico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Apoderado pago de cuentas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Empresa donde trabaja:			
Cargo que desempeña:			
Dirección Comercial:			
Fono Comercial:		Celular:	
E-Mail: (letra de imprenta clara y legible)			

FICHA MÉDICA DE POSTULANTE

Nombre:		Curso:
Fecha de Nacimiento:		RUT:
Dirección:		Comuna:
Grupo Sanguíneo	Nombre de Isapre:	Clínica de Seguro Escolar:

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A

Persona de Contacto en caso de Emergencia:	Teléfonos de Emergencia:
Persona de Contacto en caso de Emergencia:	Teléfonos de Emergencia:
Persona de Contacto en caso de Emergencia:	Teléfonos de Emergencia:

ANTECEDENTES DEL EMBARAZO

Tipo de Parto: () Normal () Cesárea		
Semanas de Gestación	Peso al Nacer:	Talla al Nacer:
Problemas en el Embarazo: () No () Sí - Cuáles		
Problemas en el Parto: () No () Sí - Cuáles		

ANTECEDENTES DE SALUD

HOSPITALIZACIONES

ALERGIAS

<p>Si su hijo (a) ha presentado alguna de las siguientes alergias, indique con detalle:</p> <p>() Medicamentos</p> <p>() Alimentos</p> <p>() Respiratoria</p> <p>() Otras</p> <p>Tratamiento: _____</p> <p>_____</p>

Vacunas al día: () Sí () No
Si su hijo (a) ha presentado las siguientes patologías, indique su tratamiento:
() Cefalea jaquecosa _____
() Crisis convulsivas febriles _____
() Patología cardíaca _____
() Epilepsia _____
() Patología renal _____
() Desmayos _____
() Problemas oftalmológicos _____
() Problemas auditivos _____
() Problemas ortopédicos _____
() Bronquitis obstructiva _____
() Asma bronquial _____
() Problemas neurológicos _____
() Otros _____

Nota: Por ordenanza Ministerial, nuestro Establecimiento no puede administrar medicamentos de ningún tipo, ante cualquier eventualidad el apoderado será contactado a los teléfonos indicados en la presente ficha.

En los casos de necesidad de traslado urgente, por protocolo el alumno será derivado al centro de Urgencia más cercano al Establecimiento (Clínica Las Condes), posterior a esto el apoderado podrá trasladar al alumno donde estime conveniente.

Firma del Padre

Firma de la Madre

Santiago,..... de..... de 20....