



FICHA DE MATRICULA

Instituto San Lorenzo - Dpto. Administrativo

R

5.
5.
3.

DATOS MÉDICOS ALUMNO

GRUPO SANGUÍNEO

PESO

TALLA

PREVISIÓN SALUD

INDIQUE SI EL ALUMNO SUFRE O HA SUFRIDO
DE ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE

INDIQUE A QUE EDAD FUE
DETECTADA LA ENFERMEDAD

INDIQUE SI EL ALUMNO
SUFRE DE ALERGIAS

INDIQUE SI EL ALUMNO ES
ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO

EN CASO DE FIEBRE O CEFALEA, AUTORIZA A DAR UNO, AMBOS O NINGUNO DE LOS
SIGUIENTES MEDICAMENTOS (MARQUE CON UNA X, SEGÚN SU DECISIÓN):

IBUPROFENO

PARACETAMOL

NINGUNO

CONTACTO DE EMERGENCIA N° 1

NOMBRE COMPLETO

PARENTESCO CON EL ALUMNO

TELÉFONO

CONTACTO DE EMERGENCIA N° 2

NOMBRE COMPLETO

PARENTESCO CON EL ALUMNO

TELÉFONO

Declaro, que cualquier modificación a la información entregada, que existiera en el transcurso de año, notificaré al establecimiento para que la información se mantenga siempre actualizada.

NOMBRE, FIRMA Y RUT APoderado