

	FICHA DE MATRICULA		R	5. 5. 3.
	<i>Instituto San Lorenzo - Dpto. Administrativo</i>			
DATOS MÉDICOS ALUMNO				
GRUPO SANGUÍNEO		PESO	TALLA	PREVISIÓN SALUD
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIQUE SI EL ALUMNO SUFRE O HA SUFRIDO DE ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE			INDIQUE A QUE EDAD FUE DETECTADA LA ENFERMEDAD	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
INDIQUE SI EL ALUMNO SUFRE DE ALERGIAS			INDIQUE SI EL ALUMNO ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
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	<input type="checkbox"/>	PARACETAMOL	<input type="checkbox"/>	NINGUNO <input type="checkbox"/>
CONTACTO DE EMERGENCIA N° 1				
NOMBRE COMPLETO				
<input type="text"/>				
PARENTESCO CON EL ALUMNO			TELÉFONO	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
CONTACTO DE EMERGENCIA N° 2				
NOMBRE COMPLETO				
<input type="text"/>				
PARENTESCO CON EL ALUMNO			TELÉFONO	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	

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