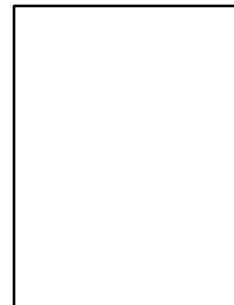




FORMULARIO DE POSTULACIÓN

ANTECEDENTES DEL POSTULANTE

Nombres	
Apellido Paterno	
Apellido Materno	
Cédula de Identidad	
Fecha de Nacimiento	
Lugar de Nacimiento	
Nacionalidad	



Dirección	
Comuna	
Teléfono	

ANTECEDENTES FAMILIARES

DATOS DEL PADRE	
Nombres	
Apellidos	
Cédula de Identidad	
Estado Civil	
Fecha de Nacimiento	
Email	
Celular	
Dirección	
Comuna	
Teléfono	



DATOS DE LA MADRE	
Nombres	
Apellidos	
Cédula de Identidad	
Estado Civil	
Fecha de Nacimiento	
Email	
Celular	
Dirección	
Comuna	
Teléfono	

SI EL POSTULANTE NO VIVE CON AMBOS PADRES, COMPLETAR LA INFORMACIÓN DE LA PERSONA CON QUIEN VIVE:	
Nombres	
Apellidos	
Parentesco	

EN CASO DE EMERGENCIA EL JARDÍN DEBERÁ:		
Derivación a la Clínica:	Seguro Escolar:	
Avisar a las siguientes personas de contacto:		
Nombre:	Parentesco:	Teléfono:
Nombre:	Parentesco:	Teléfono:
Nombre:	Parentesco:	Teléfono:



ANTECEDENTES DE SALUD

Grupo sanguíneo		
¿Padece alguna enfermedad que requiera tratamiento?		
Si	No	¿Cuál?
¿Padece algún tipo de alergia?		
Si	No	¿Cuál?
¿Presenta alguna patología que le produzca alguna limitación física?		
Si	No	¿Cuál?
¿Recibe alguna medicación en forma habitual?		
Si	No	¿Cuál?
¿Autoriza la administración de algún medicamento durante la permanencia de su hijo al jardín?		
Si	No	¿Cuál?

* La derivación a la clínica se realizará única y exclusivamente en caso de riesgo vital del niño o accidentes de gravedad.

* En caso de autorizar la administración de medicamentos dentro del jardín, el apoderado deberá especificar claramente la dosis y presentar un certificado médico del pediatra autorizando dicha administración. Además, deberá enviar el medicamento dentro de la mochila del niño a diario.

Apoderado

Santiago, ____ de _____ de _____.