



SOCIEDAD EDUCATIVA LEONARDO DA VINCI S.A.
PASAJE VECINAL N° 286 CELULAR +56 944853679
CORREO ELECTRÓNICO: secretariagerencia@cldv.cl



Ficha de Estudiante año 2027

Nombre	:				
Rut	:				
Fecha de Nacimiento	:			Sexo:	
Curso 2027	:			Alumno Nuevo:(SI/NO):	
Dirección	:				
Enfermedades	:				
Visual	:	SI	☐	NO	☐
Auditivo	:	SI	☐	NO	☐
Cardíaco	:	SI	☐	NO	☐
Columna	:	SI	☐	NO	☐
Alergias	:	SI	☐	NO	☐
				Grupo Sanguíneo	
				Asma (SI/NO)	
				Diabetes (SI/NO)	
				Epilepsia (SI/NO)	
				A qué:	

En caso de emergencia avisar a:

Opción: : Madre ☐ Padre ☐ Otro ☐ (solo si es otro, rellenar los datos)

Datos del contacto de emergencia (llenar sólo si es distinto del padre o madre del alumno)

Nombre	:	
Teléfono	:	
Correo	:	

Datos Padre del estudiante

Nombre	:	
Rut	:	
Dirección	:	
Teléfono	:	
Correo	:	

Datos Madre del estudiante

Nombre	:	
Rut	:	
Dirección	:	
Teléfono	:	
Correo	:	

Datos Sostenedor del estudiante (Marcar con una X donde corresponda)

Sostenedor : Madre ☐ Padre ☐ Otro ☐ (solo si es otro, rellenar los datos)

Datos del Sostenedor (llenar sólo si es distinto del padre o madre del alumno)

Nombre	:	
Rut	:	
Dirección	:	
Teléfono	:	
Correo	:	

Datos Apoderado académico TITULAR del estudiante (Marcar con una X donde corresponda)

Apoderado académico Titular : Madre ☐ Padre ☐ Otro ☐ (solo si es otro, rellenar los datos)

Nombre	:	
Teléfono	:	
Correo	:	

Datos Apoderado académico SUPLENTE del estudiante (Marcar con una X donde corresponda)

Apoderado académico Suplente : Madre ☐ Padre ☐ Otro (solo si es otro, rellenar los datos)

Nombre :

Teléfono :

Correo :

Persona Autorizada para retirar al estudiante (Marcar con una X donde corresponda)

Quién retira : Madre ☐ Padre ☐ Otro (solo si es otro, rellenar los datos)

Nombre :

Rut :

Parentezco :

Teléfono :

Se puede retirar solo : SI ☐ NO ☐

Traslado a centro de Salud Prioritario :

Traslado a centro de Salud Alternativo :

Declaro: Tomar conocimiento y aceptar el proyecto educativo del colegio, RICE y del reglamento de evaluación, promoción y protocolos de seguridad escolar, así como las responsabilidades que como apoderado debo cumplir cada vez que sea citado.
Que la información entregada es fidedigna soy responsable de alguna omisión, así como haber actualizado la ficha de salud e informar cambios.

Otorgar consentimiento para la publicación de imágenes (fotografías y/o vídeos) año escolar 2027 con la finalidad de ser utilizadas por los medios institucionales (sitio web, RRSS o medios)

: SI ☐ NO ☐

NOMBRE PERSONA RESPONSABLE DE
LLENAR FICHA:

FIRMA: _____