*Curso*

* ***DATOS PERSONALES DEL ALUMNO(A)***

*Nombre completo* *Fecha Nacimiento*

*Domicilio* *Teléfono*

* ***DATOS PERSONALES DE LOS PADRES***

*Nombre de la Madre* *Teléfono       Teléfono*

*Nombre del Padre* *Teléfono       Teléfono*

* ***EN CASO DE URGENCIA Y DE NO UBICAR A LOS PADRES AUTORIZO A LLAMAR A***

*Sr(a)       Teléfono       Teléfono*

*Sr(a)       Teléfono       Teléfono*

* ***DATOS DE SALUD DEL ALUMNO(A)***

1. *Alergias a Medicamentos*  *SI  NO*

*Medicamento/ Tratamiento*

1. *Otras Alergias  SI  NO*

*Medicamento/ Tratamiento*

1. *Enfermedades respiratorias  SI  NO*

*Medicamento/ Tratamiento*

1. *Asma  SI  NO*

*Medicamento/ Tratamiento*

1. *Diabetes  SI  NO*

*Medicamento/ Tratamiento*

1. *Epilepsia  SI  NO*

*Medicamento/ Tratamiento*

1. *Cardiopatías  SI  NO*

*Medicamento/ Tratamiento*

1. *Intervenciones Quirúrgicas  SI  NO*

*Medicamento/ Tratamiento*

1. *Otras Enfermedades  SI  NO*

*Medicamento/ Tratamiento*

***Los siguientes datos serán completados por los profesores de Educación Física, NO COMPLETAR***

*Peso del Alumno(a)* *kilos Talla Alumno(a)* *cms. IMC Alumno(a)*

*Observaciones:*

*Este formulario fue completado por el apoderado Sr(a):* *, quien se responsabiliza por la información entregada.*

*Firma Apoderado(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*