|  |
| --- |
| **Datos generales** |
| Fecha de Inscripción |  |
| Nombre del postulante |  |
| Run |  |
| Fecha de nacimiento |  |
| Edad al 31 de marzo (2022) |  |
| Domicilio |  |
| Nombre de la Madre |  |
| Run de la Madre |  |
| Profesión |  |
| Lugar de trabajo |  |
| Nombre del Padre |  |
| Run del Padre |  |
| Profesión |  |
| Lugar de trabajo |  |
| Fono de la Madre |  |
| Fono del Padre |  |
| Mail único de contacto |  |
| Curso al que postula |  |

|  |
| --- |
| **Datos Pedagógicos 2021** |

|  |  |
| --- | --- |
| Colegio de procedencia |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Asistió a clases 2021 |  si |  |  |  no |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Especifique modalidad | Online |  |  |
| Presencial |  |  |
| Híbrida |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Si solo ha tenido clases online en el 2021, Indique número de horas a la semana. |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Ha repetido de curso? |  sí |  |  |  no |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Si la respuesta es sí, especifique el curso |  |

|  |
| --- |
| **Otros datos** |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Su hijo/a posee algún diagnóstico o condición médica? |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Su hijo/a ha recibido atención de: |   |  |  |   |  |
| Psicopedagogo |  |  |  |  |  |
| Psicólogo |  |  |  |  |  |
| Neurólogo |  |  |  |  |  |
| Psiquiatra |  |  |  |  |  |
| Fonoaudiólogo |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| En caso de sí: ¿Está en tratamiento? |  sí |  |  |  no |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| En caso de sí ¿Fue dado de alta? |  sí |  |  |  no |  |

|  |  |
| --- | --- |
| En caso de respuesta afirmativa, especifique el tratamiento: |  |

Declaro que la información entregada es total y absolutamente fidedigna.

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Run:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_