

NOMBRE ALUMNO: \_\_\_\_\_

CURSO
-------



**BRITISH  
CAMP**

## **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

(Se ruega usar letra imprenta)

Fecha \_\_\_\_\_

**FECHA DE PARTICIPACIÓN**

9 al 20 diciembre 2019

### **1.- IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE**

Nombre del alumno (a): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

R.U.T: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Colegio de procedencia: \_\_\_\_\_

### **2.- IDENTIFICACIÓN DEL APODERADO**

Nombre del apoderado(a): \_\_\_\_\_

R.U.T: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### **OBSERVACIONES**

--

**FICHA CLÍNICA E INFORMACIÓN GENERAL**  
**BRITISH CAMP 2019**

CURSO

**ALUMNO**

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_ Grupo sanguíneo \_\_\_\_\_  
 Dirección del Alumno \_\_\_\_\_ Comuna \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_

**PADRE DEL ALUMNO**

Apellidos y Nombres \_\_\_\_\_ Teléfono Oficina \_\_\_\_\_  
 Celular \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

**MADRE DEL ALUMNO**

Apellidos y nombres \_\_\_\_\_ Teléfono Oficina \_\_\_\_\_  
 Celular \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

**PERSONAS AUTORIZADAS PARA RETIRAR EN CASO DE EMERGENCIA**

Nombre	Fono	Relación

**INFORMACIÓN MÉDICA RELEVANTE**

	<u>si</u>	<u>no</u>
<b>Hiperlaxitud</b>	<u>si</u>	<u>no</u>
<b>Epilepsia</b>	<u>si</u>	<u>no</u>
<b>Diabetes</b>	<u>si</u>	<u>no</u>
<b>Jaqueca</b>	<u>si</u>	<u>no</u>
<b>Alergias: Cuáles</b>	<u>si</u>	<u>no</u>
<b>Asma: Leve- Moderada-Severa</b>	<u>si</u>	<u>no</u>
<b>En caso que el alumno use medicamento en forma habitual adjuntar certificado médico</b>	<u>si</u>	<u>no</u>
<b>Otras informaciones</b>		



**EL COLEGIO SOLO PRESENTA ATENCIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS, POR LEY NO SE ADMINISTRA NINGÚN TIPO DE MEDICAMENTOS SIN PRESCRIPCIÓN MEDICA.**

**SEGURO DE ACCIDENTE**

En caso de accidente en el que es necesario trasladarlo a un servicio de urgencia, mi hijo/a cuenta con (marque una opción):

- Seguro de accidentes escolares en Clínica \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- Seguro estatal: Hospital \_\_\_\_\_ (4 a 12 años) \_\_\_\_\_  
 Hospital \_\_\_\_\_ (13 a 18 años) \_\_\_\_\_

**En caso de accidente que implique recurrir a atención médica y/o hospitalaria URGENTE de mi alumno, autorizo a la dirección y/o administración del colegio al traslado al centro de atención antes señalado.**

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE APODERADO

\_\_\_\_\_  
FIRMA