



Exzellente
Deutsche
Auslandsschule



FICHA DE SALUD DEUTSCHE SCHULE VALPARAÍSO

Nombre del alumno(a) _____

RUT alumno _____

Curso 2024: _____

Fecha de nacimiento _____

EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A:

1.- Nombre _____

Relación con el alumno _____

Fono domicilio _____ Fono Trabajo _____ Celular _____

2.- Nombre _____

Relación con el alumno _____

Fono domicilio _____ Fono Trabajo _____ Celular _____

Datos del alumno:

*¿El alumno padece algún tipo de alergia? NO SI

*Indique qué tipo de alergia o a qué?: _____
(Respiratoria, alimentaria, a medicamentos, etc.)

*¿Padece alguna enfermedad de importancia o enfermedad crónica? NO SI

¿Cuál? _____

*Padece de alguna condición psicoemocional NO SI

¿Cuál? _____



Exzellente
Deutsche
Auslandsschule



Yo, _____apoderado del alumno
_____del curso 2024 _____ autorizo que, EN
CASO DE EMERGENCIA, mi hijo(a) sea retirado(a) por las siguientes personas:

(aparte de las personas autorizados en el anverso de esta ficha)

Nombre y Apellido	Parentesco	Teléfono de Contacto

Fecha

Firma
