



Fundación Real Madrid  
ECUADOR

## FUNDACION REAL MADRID-ECUADOR FICHA DEL ALUMNO 2014-2015



UNIVERSIDAD  
INTERNACIONAL  
**SEK**

### I- IDENTIFICACION DEL ALUMNO

NOMBRES Y APELLIDOS		FECHA NACIMIENTO	
DOMICILIO		PROVINCIA	TELEFONO
CI	EDAD	ESTATURA	PESO
ESCUELA	GRADO	PROFESOR ENCARGADO	
JORNADA ESCOLAR	TALLA CAMISETA	TALLA SHORT	NUMERO ZAPATOS

### II- ANTECEDENTES FAMILIARES

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE		CI	
PROFESION O ACTIVIDAD		LUGAR DE TRABAJO	TELEFONO
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE		CI	
PROFESION O ACTIVIDAD		LUGAR DE TRABAJO	TELEFONO
CON QUIEN VIVE EL ALUMNO:		VIVE CON SU MADRE	VIVE CON SU PADRE
		CASA DE UN FAMILIAR	CASA DE UN FAMILIAR
Nº DE INTEGRANTES EN LA FAMILIA		Nº DE HERMANOS CON EL/ELLA	
INGRESO FAMILIAR MENSUAL APROX		CASA PROPIA	ARRENDADA
		VIVE CON ALGUN FAMILIAR	

### III- ANTECEDENTES DE SALUD

SISTEMA DE SALUD	¿TIENE SEGURO MEDICO? ¿CUAL?		
		SIN SEGURO	

TIPO DE EMFERMEDADES QUE PADECE EL NIÑO:	EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">ALERGIAS</td> <td style="width: 30%;">SI:</td> <td style="width: 40%;">NO:</td> </tr> <tr> <td>ENFERMEDADES CRONICAS</td> <td>SI:</td> <td>NO:</td> </tr> <tr> <td>- HIPERTENSIÓN</td> <td>SI:</td> <td>NO:</td> </tr> <tr> <td>- DIABETES</td> <td>SI:</td> <td>NO:</td> </tr> <tr> <td>- ENF. CARDIACAS</td> <td>SI:</td> <td>NO:</td> </tr> <tr> <td>- EPILEPSIA</td> <td>SI:</td> <td>NO:</td> </tr> <tr> <td>- ASMA</td> <td>SI:</td> <td>NO:</td> </tr> <tr> <td>- PROBLEMAS A LA PIEL</td> <td>SI:</td> <td>NO:</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">OTRAS, INDIQUE CUALES</td> <td>1-</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2-</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3-</td> <td></td> </tr> </table>	ALERGIAS	SI:	NO:	ENFERMEDADES CRONICAS	SI:	NO:	- HIPERTENSIÓN	SI:	NO:	- DIABETES	SI:	NO:	- ENF. CARDIACAS	SI:	NO:	- EPILEPSIA	SI:	NO:	- ASMA	SI:	NO:	- PROBLEMAS A LA PIEL	SI:	NO:	OTRAS, INDIQUE CUALES	1-		2-		3-		<p><b>Teléfono:</b></p> <hr/> <p><b>EL ALUMNO INGIERE POR PRESCRIPCION MEDICA LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:</b></p> <hr/> <p><b>EL ALUMNO ES ALERGICO A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:</b></p>
ALERGIAS	SI:	NO:																														
ENFERMEDADES CRONICAS	SI:	NO:																														
- HIPERTENSIÓN	SI:	NO:																														
- DIABETES	SI:	NO:																														
- ENF. CARDIACAS	SI:	NO:																														
- EPILEPSIA	SI:	NO:																														
- ASMA	SI:	NO:																														
- PROBLEMAS A LA PIEL	SI:	NO:																														
OTRAS, INDIQUE CUALES	1-																															
	2-																															
	3-																															

### V- AUTORIZACIÓN PADRE o APODERADO

POR INTERMEDIO DEL PRESENTE DOCUMENTO, AUTORIZO AL ALUMNO IDENTIFICADO EN EL PUNTO N° I, DEL CUAL SOY SU APODERADO PARA INTEGRAR LAS ESCUELAS DEPORTIVAS DE LA FUNDACIÓN REAL MADRID - ECUADOR, Y AL MISMO TIEMPO DECLARO QUE MI PUPILO TIENE SALUD COMPATIBLE CON LA ACTIVIDAD FISICA, POR LO QUE ASUMO TODA RESPONSABILIDAD DERIVADA DE SU PARTICIPACION EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES DE LAS ESCUELAS SEÑALADAS, EXIMIENDO A LA FUNDACIÓN REAL MADRID - ECUADOR Y A SUS AUTORIDADES DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE PUDIERA ACONTECER AL ALUMNO, COMO PRODUCTO DE CONDUCTA NEGLIGENTE DE LOS RESPONSABLES. ASIMISMO ME COMPROMETO A CUMPLIR TODAS LAS EXIGENCIAS DEL PROGRAMA.

NOMBRE DEL APODERADO	CI	FIRMA