



### ANTECEDENTES NIÑO (A)

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

Sexo: F  M  Fecha Nacimiento (D/M/A): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ Edad: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

Colegio: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Hobbies / Actividad Favorita: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PADRE

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

Fecha Nacimiento (D/M/A): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ RUT: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tel Casa: \_\_\_\_\_

Trabajo: Dependiente  Independiente  Otro  Profesión \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Tel Oficina: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES MADRE

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

Fecha Nacimiento (D/M/A): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ RUT: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Tel Casa: \_\_\_\_\_

Trabajo: Dependiente  Independiente  Otro

Profesión: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Tel Oficina: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MEDICOS NIÑO (A)**

Alergias: \_\_\_\_\_

Medicamentos y/o Alimentos contraindicados: \_\_\_\_\_

Enfermedad:

Medicamento indicado: \_\_\_\_\_: Dosis \_\_\_\_\_

Médico Tratante: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN RETIRO:**

Padre  Madre

Abuelo(a)  Otro

RUT: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (D/M/A): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Días en que asiste el niño o la niña (marque con una x) Lun – Mar – Mie – Jue – Vie

Horario en que asiste el niño o la niña \_\_\_\_\_

***Declaro haber leído y acepto el REGLAMENTO INTERNO de Playland After School.***

***LA MENSUALIDAD SE CANCELARÁ DE FORMA REGULAR COMO MÁXIMO EL DÍA 5 DE CADA MES. ESTE CONTRATO ES SEMESTRAL, EL APODERADO SE COMPROMETE A CANCELAR DE MARZO A JULIO (PRIMER SEMESTRE) Y DE RENOVAR MATRICULA DE AGOSTO A DICIEMBRE (SEGUNDO SEMESTRE).***

***EN CASO DE RETIRAR AL NIÑO(A) ANTES DEL PERIODO SEMESTRAL CONTRATADO SE DEBERA CANCELAR LAS MENSUALIDADES COMPROMETIDAS.***

***Los pagos atrasados tendrán un recargo de \$10.000 pesos por día.***

Me comprometo a cancelar el valor de: \_\_\_\_\_

Firma y Rut Apoderado

