



FICHA DE MATRICULA AÑO ESCOLAR 2019

Fecha: ___/___/___/

ANTECEDENTES DEL ALUMNO(A)

Form fields for student information: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, RUT, NACIONALIDAD, CELULAR, FECHA NACIMIENTO, SEXO, ES ALUMNO NUEVO, DIRECCIÓN, COMUNA, HERMANOS EN EL COLEGIO, EN QUÉ CURSOS, ALUMNO(A) HA REPETIDO?, COLEGIO DE PROCEDENCIA, CON QUIEN VIVE EL ALUMNO(A).

ANTECEDENTES DE LA MADRE

Form fields for mother information: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, RUT, NACIONALIDAD, NIVEL DE ESTUDIOS, ACTIVIDAD, DIRECCIÓN, COMUNA, TELÉFONO CASA, CELULAR, TELÉFONO TRABAJO.

ANTECEDENTES DEL PADRE

Form fields for father information: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, RUT, NACIONALIDAD, NIVEL DE ESTUDIOS, ACTIVIDAD, DIRECCIÓN, COMUNA, TELÉFONO CASA, CELULAR, TELÉFONO TRABAJO.

ANTECEDENTES DEL APODERADO (SI ES DISTINTO DEL PADRE O LA MADRE)

Form fields for guardian information: APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES, RUT, NACIONALIDAD, NIVEL DE ESTUDIOS, ACTIVIDAD, DIRECCIÓN, COMUNA, TELÉFONO CASA, CELULAR, TELÉFONO TRABAJO, RELACIÓN CON EL ALUMNO, FIRMA DEL APODERADO.

SALUD DEL (LA) ESTUDIANTE:

Form fields for student health: HA ESTADO EN TRATAMIENTO (NEUROLÓGICO, PSICOPEDAGÓGICO, PSICOLÓGICO, PSIQUIÁTRICO), OTRO: (ESPECIFIQUE), ¿ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO?, ¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?, ¿ES ALÉRGICO A ALGÚN REMEDIO O ALIMENTO?, POSEE ANTECEDENTES DE TRASTORNOS DE APRENDIZAJE, DÉFICIT ATENCIONAL, OTROS, ¿POSEE SEGURO ESCOLAR?.



EN CASO DE UNA EMERGENCIA COMUNICAR A:

NOMBRE: _____ TELÉFONO EMERGENCIA _____

SISTEMA DE SALUD: _____ SI ES ISAPRE, INDICAR: _____
(ISAPRE/FONASA)

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RETIRAR AL ALUMNO

	NOMBRES Y APELLIDOS	RUT	CELULAR
1	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR CLASES DE ED. FISICA (DEBE MARCAR LA CASILLA)

Está su hijo(a) en condiciones de participar en clases de Educación Física: SI: NO:

Presenta algunas de las siguientes condiciones médicas diagnosticadas:

CARDIACAS ASMA DIABETES OTRA

ESPECIFIQUE: _____

YO _____ APODERADO DE _____ DEL CURSO: _____
NOMBRE APODERADO NOMBRE ALUMNO

AUTORIZO QUE MI PUPILO PARTICIPE EN CLASES DE EDUCACIÓN FÍSICA

FIRMA DEL APODERADO

ENCUESTA SOBRE CLASE DE RELIGIÓN

Estimados Padres y Apoderados:

Esta encuesta se realiza en conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N°924/83 de Educación, que estipula que en todos los Establecimientos Educativos del país, se deberá ofrecer clases de Religión con carácter de optativo para los alumnos y sus familias.

1.- Este establecimiento impartirá 02 hrs., semanales de clases de Religión, dentro del horario lectivo.

2.- Marque con una X su preferencia para las clases de Religión:

OPTO POR CLASES DE RELIGIÓN: SI: NO:

YO _____ APODERADO DE _____ DEL CURSO: _____
NOMBRE APODERADO NOMBRE ALUMNO

FIRMA DEL APODERADO

CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO CON EL APODERADO:

ESCRIBIR EN LETRA CLARA