



FICHA DE MATRICULA AÑO ESCOLAR 2019

Fecha: ___/___/___

ANTECEDENTES DEL ALUMNO(A)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
RUT: []		NACIONALIDAD: []
FECHA NACIMIENTO: ___/___/___		SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> ES ALUMNO NUEVO <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN: []		COMUNA: []
HERMANOS EN EL COLEGIO (CURSO 2018)	[]	EN QUÉ CURSOS: []
ALUMNO(A) HA REPETIDO?: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		INDICAR CURSO REPETIDO: []
COLEGIO DE PROCEDENCIA: []		
CON QUIEN VIVE EL ALUMNO(A): CON AMBOS PADRES <input type="checkbox"/> SOLO CON LA MADRE <input type="checkbox"/> SOLO CON EL PADRE <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>		
SI ELIGIÓ OTROS, ESPECIFICAR : []		

ANTECEDENTES DE LA MADRE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
RUT: []		NACIONALIDAD []
NIVEL DE ESTUDIOS: []		ACTIVIDAD: []
DIRECCIÓN: []		COMUNA: []
TELÉFONO CASA: []	CELULAR: []	TELÉFONO TRABAJO: []

ANTECEDENTES DEL PADRE

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)

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:

HA ESTADO EN TRATAMIENTO: NEUROLÓGICO PSICOPEDAGÓGICO PSICOLÓGICO PSIQUIÁTRICO

OTRO: (ESPECIFIQUE): []

¿ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO?: SÍ ESPECIFIQUE: [] NO:

¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?: SÍ ESPECIFIQUE: [] NO:

¿ES ALÉRGICO A ALGÚN REMEDIO O ALIMENTO?: SÍ ESPECIFIQUE: [] NO:

POSEE ANTECEDENTES DE TRASTORNOS DE APRENDIZAJE, DÉFICIT ATENCIONAL, OTROS: SÍ ESPECIFIQUE: [] NO:

¿POSEE SEGURO ESCOLAR?: SÍ ESPECIFIQUE: [] NO:



Colegio Pierre Teilhard de Chardin

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