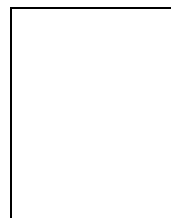




FICHA DE MATRÍCULA 2016



A.- ANTECEDENTES DEL ALUMNO (anotar en la celda con letra imprenta)											
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombres					
Curso			RUN			Fecha de Nacimiento			Nacionalidad		
Fecha de Nacimiento			Fecha de ingreso al Curso			Curso que ha repetido			Colegio Anterior (2015)		
Domicilio						Comuna					
Pertenece a alguna etnia		SÍ	NO	Indique cuál							

Situación de Religión (marque su opción)	Opta	No Opta	
--	------	---------	--

B.- ANTECEDENTES FAMILIARES																	
Con quién vive el alumno		Madre		Padre		Hermanos		Otro(s)									
De ser otro(s) indique quién																	
Nombre de la Madre								RUN									
Teléfono(s)						Correo electrónico											
Lugar de trabajo						Teléfono Comercial											
Lugar de trabajo						Teléfono Comercial											
Situación Laboral		Jornada completa															
		Jornada Parcial															
		No trabaja, pero está en búsqueda de trabajo															
		No trabaja y no está en búsqueda de trabajo															
		Otro															
Último año de escolaridad		1° Bas		2° Bas.		3° Bas.		4° Bas		5° Bas		6 Bas		7° Bas		8° Bas	
		1° Med		2° Med		3° Med		4° Med		4° o 5° Medio Técnico Profesional							
		Educación en Centro de Formación o Instituto Profesional en curso o incompleta															
		Titulado Centro de Formación Técnica o Instituto Profesional															
		Educación universitaria en curso o incompleta															
		Titulado de una Universidad															
		Estudiante o titulado de Magíster															
		Estudiante o titulado de Doctorado															
No sabe o no recuerda																	
Nombre del Padre								RUN									
Teléfono(s)						Correo electrónico											
Lugar de trabajo						Teléfono Comercial											
Lugar de trabajo						Teléfono Comercial											
Situación Laboral		Jornada completa															
		Jornada Parcial															
		No trabaja, pero está en búsqueda de trabajo															
		No trabaja y no está en búsqueda de trabajo															
		Otro															
Último año de escolaridad		1° Bas		2° Bas.		3° Bas.		4° Bas		5° Bas		6 Bas		7° Bas		8° Bas	
		1° Med		2° Med		3° Med		4° Med		4° o 5° Medio Técnico Profesional							
		Educación en Centro de Formación o Instituto Profesional en curso o incompleta															
		Titulado Centro de Formación Técnica o Instituto Profesional															
		Educación universitaria en curso o incompleta															
		Titulado de una Universidad															
		Estudiante o titulado de Magíster															
		Estudiante o titulado de Doctorado															
No sabe o no recuerda																	



C.- ANTECEDENTES DEL APODERADO																	
Nombre del Apoderado						RUN											
Teléfono(s)				Correo electrónico													
Lugar de trabajo				Teléfono Comercial													
Lugar de trabajo				Teléfono Comercial													
Situación Laboral		Jornada completa															
		Jornada Parcial															
		No trabaja, pero está en búsqueda de trabajo															
		No trabaja y no está en búsqueda de trabajo															
		Otro															
Último año de escolaridad		1° Bas		2° Bas.		3° Bas.		4° Bas		5° Bas		6 Bas		7° Bas		8° Bas	
		1° Med		2° Med		3° Med		4° Med		4° o 5° Medio Técnico Profesional							
		Educación en Centro de Formación o Instituto Profesional en curso o incompleta															
		Titulado Centro de Formación Técnica o Instituto Profesional															
		Educación universitaria en curso o incompleta															
		Titulado de una Universidad															
		Estudiante o titulado de Magíster															
		Estudiante o titulado de Doctorado															
		No sabe o no recuerda															

APODERADO SUPLENTE													
NOMBRE						RUN		PARENTESCO					

D.- RETIRO DEL/A ESTUDIANTE													
Forma de traslado del hogar hacia el colegio y viceversa:													

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RETIRAR AL ESTUDIANTE													
Nombre				Run				Parentesco				Firma	

E.- ANTECEDENTES DE SALUD													
Sistema de salud						Alergia a:							
¿Tiene su pupilo alguna enfermedad que el colegio deba conocer?													
Su hijo, ¿Toma algún medicamento en forma permanente?													
En caso de dolor de cabeza, ¿qué medicamento puede utilizar?													
Presenta algún tipo de enfermedad que le impida realizar Educación Física													
Estatura				Peso									
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:													
En caso de accidente o enfermedad de riesgo vital, el colegio trasladará al estudiante al Centro de Atención de Urgencia más cercano.													
Acepto				<input type="checkbox"/>				No acepto				<input type="checkbox"/>	

NOTA: EN CASO DE EXISTIR ALGÚN IMPEDIMENTO DE SALUD DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICADO MÉDICO ANTES DEL 01 DE ABRIL.

FIRMA DEL APODERADO

FECHA: _____