

Ficha Matrícula

Datos Personales Alumno(a)

Nombre Completo: _____ Nacionalidad: _____
RUT: _____ Fecha Nacimiento: _____ Género: Masculino Femenino
Dirección: _____ Comuna: _____
Descendiente de Pueblo Originario: Si No Cual: _____

Datos Personales Padre

Nombre Completo: _____ Nacionalidad: _____
RUT: _____ Fecha Nacimiento: _____ Estado Civil: _____
Dirección: _____ Comuna: _____
Profesión: _____ Lugar de Trabajo: _____
Correo Electrónico: _____ Teléfono Contacto: _____

Datos Personales Madre

Nombre Completo: _____ Nacionalidad: _____
RUT: _____ Fecha Nacimiento: _____ Estado Civil: _____
Dirección: _____ Comuna: _____
Profesión: _____ Lugar de Trabajo: _____ Años de Escolaridad: _____
Correo Electrónico: _____ Teléfono Contacto: _____

Datos Apoderado Titular

Nombre Completo: _____ Nacionalidad: _____
RUT: _____ Fecha Nacimiento: _____ Estado Civil: _____
Dirección: _____ Comuna: _____
Profesión: _____ Lugar de Trabajo: _____
Correo Electrónico: _____ Teléfono Contacto: _____

Datos Apoderado Suplente

Nombre Completo: _____ Nacionalidad: _____
RUT: _____ Fecha Nacimiento: _____ Estado Civil: _____
Dirección: _____ Comuna: _____
Profesión: _____ Lugar de Trabajo: _____
Correo Electrónico: _____ Teléfono Contacto: _____

Datos Apoderado Autorizado para el retiro del estudiante

Nombre Completo: _____ RUT: _____
Parentesco: _____ Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____
Dirección: _____ Comuna: _____

Anexo Ficha de Matrícula

Antecedentes de salud del Estudiante

Previsión de Salud: Fonasa Isapre Otro/Indique cual: _____

Seguro Anexo de Salud: Si No Indique cual: _____

En caso de Accidente Escolar, el estudiante debe ser derivado a:

Asistencia Pública (Seguro Escolar): _____ Asistencia Privada: _____

Adulto Responsable en caso de emergencia

Nombre: _____ Run: _____

Teléfono contacto: _____ Relación con el estudiante: _____

Condiciones médicas diagnosticadas

Indique cual: _____

Alérgico: _____

N.E.E. Diagnosticadas: Si No Indique cual: _____

El estudiante presenta un estado de salud compatible con la actividad física: Si No

Indique cual es el diagnóstico: _____

(debe respaldar con certificado médico en marzo)

Autorizaciones

Consentimiento de imágenes del estudiante para su uso en página web, anuario, premiaciones y actividades recreativas, deportivas y/o artísticas: Si No

Confirma su adhesión a nuestro Proyecto Educativo
y a las clases de Religión Católica (Decreto N° 924/1983)

Firma Adhesión

Firma Apoderado