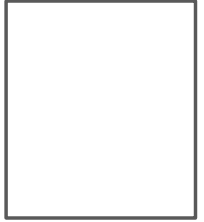


4° Medio

Ficha de Matricula
2024



1. IDENTIFICACION DEL ALUMNO

| | | | |
|------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|
| NOMBRE COMPLETO: | <input type="text"/> | | |
| RUT: | <input type="text"/> | | |
| DOMICILIO: | <input type="text"/> | COMUNA: | <input type="text"/> |
| F. DE NACIM: | <input type="text"/> | COLEGIO DE PROCEDENCIA: | <input type="text"/> |
| FONO ALUMNO: | <input type="text"/> | MAIL: | <input type="text"/> |
| NACIONALIDAD: | <input type="text"/> | | |

2. ANTECEDENTES FAMILIARES

| | | | |
|-----------------------|-------------------------|--------------|----------------------|
| NOMBRE DEL PADRE: | <input type="text"/> | | |
| RUT: | <input type="text"/> | FONO/CASA: | <input type="text"/> |
| | | CELULAR: | <input type="text"/> |
| OCUPACIÓN: | <input type="text"/> | | |
| DOMICILIO: | <input type="text"/> | | |
| ESCOLARIDAD: | <input type="text"/> | F.DE NACIM.: | <input type="text"/> |
| RAMA FF.AA: | <input type="text"/> | GRADO: | <input type="text"/> |
| | | ESP: | <input type="text"/> |
| | | REP: | <input type="text"/> |
| RESTRICCION JUDICIAL: | SI <input type="text"/> | NO | <input type="text"/> |

| | | | |
|-----------------------|-------------------------|------------------------------|----------------------|
| NOMBRE DE MADRE: | <input type="text"/> | | |
| RUT: | <input type="text"/> | FONO/CASA: | <input type="text"/> |
| | | CELULAR: | <input type="text"/> |
| OCUPACIÓN: | <input type="text"/> | | |
| DOMICILIO: | <input type="text"/> | | |
| ESCOLARIDAD: | <input type="text"/> | F.DE NACIM.: | <input type="text"/> |
| RAMA FF.AA: | <input type="text"/> | GRADO: | <input type="text"/> |
| | | ESP: | <input type="text"/> |
| | | REP: | <input type="text"/> |
| MAIL: | <input type="text"/> | | |
| Nº DE HERMANOS | <input type="text"/> | LUGAR DENTRO DE LOS HERMANOS | <input type="text"/> |
| | | CON QUIEN VIVE | <input type="text"/> |
| RESTRICCION JUDICIAL: | SI <input type="text"/> | NO | <input type="text"/> |

3. ANTECEDENTES APODERADO

| | | | | |
|--------------------------------|----------------------|-------------|----------------------|----------------------|
| NOMBRE COMPLETO DE APODERADO: | <input type="text"/> | | | |
| FONO/CASA: | <input type="text"/> | OCUPACIÓN: | <input type="text"/> | |
| | | PARENTESCO: | <input type="text"/> | |
| DOMICILIO: | <input type="text"/> | | CELULAR: | <input type="text"/> |
| RUT: | <input type="text"/> | | | |
| NOMBRE DEL APODERADO SUPLENTE: | <input type="text"/> | | | |
| FONO/CASA: | <input type="text"/> | CELULAR: | <input type="text"/> | |
| DOMICILIO: | <input type="text"/> | RUT: | <input type="text"/> | |
| OCUPACION: | <input type="text"/> | PARENTESCO: | <input type="text"/> | |

4. ANTECEDENTES SOBRE CONEXIÓN A CLASES ONLINE

¿EL ALUMNO POSEE COMPUTADOR , CELULAR O TABLET IDONEO PARA CLASES ONLINE? MARQUE CON UNA X

SI NO

¿EL ALUMNO CUENTA CON INTERNET BANDA ANCHA EN EL HOGAR?

SI NO

FICHA MÉDICA

| | | | |
|---------------------|------------|---------------|-------|
| NOMBRE ALUMNO (A) : | | CURSO: | |
| EDAD: | RUT: | GRUPO SANGRE: | PESO: |
| DIRECCIÓN: | | | |
| TELÉFONO RED FIJA: | CELULAR 1: | CELULAR 2: | |

*** ANTECEDENTES DE SALUD DEL ALUMNO (A) :**

MARQUE CON UNA X :

| | | | | | | | |
|--------------|--|-----------|--|-----------|--|---------|--|
| APENDICITIS | | VARICELA | | SARAMPIÓN | | PAPERAS | |
| BRONQUITIS | | DIABETES | | JAQUECAS | | ASMA | |
| P. CARDÍACOS | | EPILEPSIA | | HEPATITIS | | OTRAS | |

SI MARCA LA OPCIÓN OTROS ESPECIFICAR LA ENFERMEDAD:

| |
|--|
| |
|--|

*** ALERGIAS :**

SI SU PUPILO (A) PRESENTA REACCION ALÉRGICAS DE CUALQUIER TIPO (ALIMENTOS, MEDICAMENTOS, POLEN. POLVO.)

ETC.) ESPECIFICAR:

| |
|--|
| |
| |

*** ATENCIÓN DE SALUD :**

| | | | |
|--------------------|--|-----------------|--|
| FONASA (A,B,C o D) | | ISAPRE (Nombre) | |
| OTRO (Nombre) | | | |

*** SEGURO PRIVADO DE ATENCIÓN DE SALUD :**

SI SU PUPILO(A) TIENE CONTRATADO Y VIGENTE ALGÚN SEGURO PRIVADO DE ATENCIÓN DE SALUD INDIQUE LO SIGUIENTE :

| | |
|--|--|
| NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN : | |
| CENTRO ASISTENCIAL DE SALUD AL CUAL TRASLADAR: | |

DATOS DE LA PERSONA QUE LLENA LA FICHA

| | |
|----------|--|
| NOMBRE : | |
| RUT : | |
| FECHA: | |
| FIRMA : | |

FICHA DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE CURSO:

DIRECCIÓN:

Estimado Apoderado(a): La ficha de Emergencia es un instrumento fundamental en el cuidado que realizamos con su pupilo(a), en ella se autoriza expresamente a la(s) personas(s) que Ud. determina para el retiro del estudiante del Establecimiento, tanto en situación de emergencia como en la cotidianeidad. Le recordamos que por motivos de seguridad el establecimiento NO ENTREGA, NI PERMITE que personas NO AUTORIZADAS por el apoderado, retiren a los estudiantes del Colegio.

Igualmente importante es mantener la información actualizada, ya que en caso de accidente u otra necesidad, este es el documento que utilizamos para lograr contacto con Ud.

Agradecemos llenar con claridad y le recordamos que si hay cambios durante el año, es de su responsabilidad acercarse al Establecimiento para informar.

IDENTIFICACIÓN DEL APODERADO

| NOMBRE APODERADO TITULAR | RUT | PARENTESCO | TELÉFONO |
|--|--|--|--|
| <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> |
| NOMBRE APODERADO TITULAR | RUT | PARENTESCO | TELÉFONO |
| <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> |

PERSONAS AUTORIZADAS PARA EL RETIRO DEL ESTUDIANTE EN CASO DE CATÁSTROFE (TERREMOTO, TSUNAMI, OTRO). Recuerde que por motivos de seguridad su pupilo(a) deberá permanecer en el Colegio hasta el momento del retiro con el Adulto que Ud. nos indicará en esta sección (ningún estudiante se retira sólo del Establecimiento).

Le recordamos que por motivos de seguridad el establecimiento NO ENTREGA, NI PERMITE que personas NO AUTORIZADAS por el apoderado, retiren a los estudiantes del Colegio.

Igualmente importante es mantener la información actualizada, ya que en caso de accidente u otra necesidad, este es el documento que utilizamos para lograr contacto con Ud.

Agradecemos llenar con claridad y le recordamos que si hay cambios durante el año, es de su responsabilidad acercarse al Establecimiento para informar.

| NOMBRE | RUT | PARENTESCO | TELÉFONO |
|--|--|--|--|
| <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> |
| <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> |
| <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> |
| <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> |

Fecha Rut

Firma del Apoderado

FICHA SOCIO-EDUCATIVA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

CURSO:

1. El/la estudiante presenta dificultades en el proceso escolar :

SI NO

2. Si la respuesta anterior es afirmativa, señale cuáles:

3. Cuenta con apoyo externo:

Psicólogo Neurólogo

Fonaudiólogo Psicopedagogo

4. El/la estudiante se siente parte o pertenece a algún pueblo originario o tribal:

SI NO

5. Si la respuesta anterior es afirmativa, señale cual:

6. El/la estudiante cuenta con Acreditación de Calidad Indígena:

SI NO

7. ¿El/la estudiante es beneficiario de alguna beca del Estado?

SI NO

8. Si la respuesta anterior es afirmativa, señale cual:

Beca Indígena

Beca Presidente de la República