



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 | <input type="checkbox"/> | VARICELA | <input type="checkbox"/> | SARAMPIÓN | <input type="checkbox"/> | PAPERAS | <input type="checkbox"/> |
| BRONQUITIS | <input type="checkbox"/> | DIABETES | <input type="checkbox"/> | JAQUECAS | <input type="checkbox"/> | ASMA | <input type="checkbox"/> |
| P. CARDÍACOS | <input type="checkbox"/> | EPILEPSIA | <input type="checkbox"/> | HEPATITIS | <input type="checkbox"/> | OTRAS | <input type="checkbox"/> |

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 cotidianidad. 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 type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| NOMBRE APODERADO TITULAR | RUT | PARENTESCO | TELÉFONO |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input 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 type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input 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

DECLARACIÓN

Año Escolar **2025** ▾

POR LA PRESENTE, con fecha:

| | | | |
|-----------------|----------------------|--------|----------------------|
| Yo | <input type="text"/> | Rut: ▾ | <input type="text"/> |
| Apoderado(a) de | <input type="text"/> | Rut: ▾ | <input type="text"/> |
| Del Curso | <input type="text"/> | | |

Declaro conocer y aceptar, tanto el Proyecto Educativo Institucional (PEI), como el Reglamento Interno de Convivencia Escolar (RICE), del Colegio Patricio Lynch, los cuales se encuentran en la página web del Colegio Patricio Lynch (www.colegiopatriciolynch.cl), para ser descargados completo, así como sus actualizaciones; en donde se señala claramente el uso de uniforme y la normativa de funcionamiento del colegio. También declaro conocer que el reglamento interno se encuentra un ejemplar impreso en el CRA(Biblioteca) del colegio y en la oficina de la Subdirectora de Formación y Convivencia Escolar.

Además, señaló conocer y aceptar que el colegio desde el año 2005 el Obispado de Valparaíso otorga el reconocimiento como colegio Católico. En donde como parte de su Proyecto Educativo, se imparte la asignatura de Religión de 1º Básico a 4º medio.

Conozco y respeto el conducto regular del colegio el cual es: Profesor de asignatura, Profesor de tutor, Subdirección de Formación y Convivencia Escolar (Problemas conductuales o emocionales de los alumnos) o Subdirectora Pedagógica (Problemas con notas o de alguna asignatura en particular (según sea el caso) y por último Directora.

Firma de apoderado

Fecha matrícula:

COMPROBANTE MATRICULA PARA EL AÑO ESCOLAR 2025

DATOS ALUMNO:

Nombre completo:

RUN/IPE:

Fecha Nacimiento:

DATOS APODERADO:

Nombre completo:

RUN/IPA:

Correo electrónico:

Teléfono contacto:

DATOS ESTABLECIMIENTO:

Establecimiento: **Colegio Patricio Lynch**

Comuna: VALPARAISO

RBD: 14541

Curso en que se matricula:

Jornada: **Jornada Escolar Completa**

FIRMA APODERADO/
REPRESENTANTE

FIRMA /TIMBRE
ESTABLECIMIENTO

1. Este comprobante se entrega de conformidad a lo establecido en el artículo 53 inciso 1 del Decreto Exento N° 152 año 2016, del Ministerio de Educación, y acredita la matrícula del alumno individualizado en este documento, para el año escolar 2025.
2. Es responsabilidad del Establecimiento Educacional formalizar esta matrícula a través del Sistema de Información General de Estudiantes (SIGE), hasta el 13 de diciembre de 2024.
3. Este documento debe extenderse en 2 copias, quedando una en poder del establecimiento, y otra en poder del apoderado.

Poder Simple de Apoderado a un tercero para trámite de matrícula.

INSTRUCCIONES:

La presente declaración debe firmarse 2 ejemplares, quedando uno en poder del **APODERADO**, y otro en poder del **ESTABLECIMIENTO**.

SE DEBE ADJUNTAR A ESTE PODER SIMPLE, una copia de la cedula de identidad (por ambos lados) del **APODERADO** que cede el poder, del **REPRESENTANTE** y del **ALUMNO**.

DECLARACIÓN JURADA POR LA PRESENTE, con fecha ____/____/2024.

Yo _____, RUN/PASAPORTE/DNI
_____-____, con domicilio en _____,
comuna _____, apoderado de _____,
RUN/IPE _____-_____.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE, concedo la facultad de realizar en mi representación el trámite de matrícula a don/doña,
_____,
RUN/PASAPORTE/DNI _____-____, para efectos del **Sistema de Admisión Escolar 2024** para la matrícula del año académico 2025.

ASIMISMO, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERAZ. EN CASO DE NO SERLO SE GENERARÁN CONSECUENCIAS CIVILES Y PENALES QUE A SU RESPECTO CONTEMPLA EL ORDENAMIENTO JURÍDICO CHILENO.

FIRMA APODERADO

FIRMA REPRESENTANTE