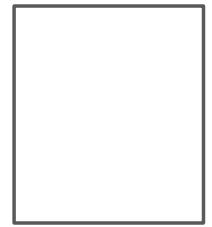


7ºBásico

Ficha de Matrícula 2026


1. IDENTIFICACION DEL ALUMNO

 NOMBRE COMPLETO:

 RUT:

 DOMICILIO:

 COMUNA:

 F. DE NACIM:

 COLEGIO DE PROCEDENCIA:

 FONO ALUMNO:

 MAIL:

 NACIONALIDAD:
2. ANTECEDENTES FAMILIARES

 NOMBRE DEL PADRE:

 RUT:

 FONO/CASA:

 CELULAR:

 OCUPACIÓN:

 DOMICILIO:

 ESCOLARIDAD:

 F. DE NACIM.:

 RAMA FF.AA:

 GRADO:

 ESP:

 REP:

 RESTRICCION JUDICIAL: SI NO

 NOMBRE DE MADRE:

 RUT:

 FONO/CASA:

 CELULAR:

 OCUPACIÓN:

 DOMICILIO:

 ESCOLARIDAD:

 F. DE NACIM.:

 RAMA FF.AA:

 GRADO:

 ESP:

 REP:

 MAIL:

 N° DE HERMANOS LUGAR DENTRO DE LOS HERMANOS CON QUIEN VIVE

 RESTRICCION JUDICIAL: SI NO
3. ANTECEDENTES APODERADO

 NOMBRE COMPLETO DE APODERADO:

 FONO/CASA:

 OCUPACIÓN:

 PARENTESCO:

 DOMICILIO:

 CELULAR:

 RUT:

 NOMBRE DEL APODERADO SUPLENTE:

 FONO/CASA:

 CELULAR:

 DOMICILIO:

 RUT:

 OCUPACION:

 PARENTESCO:
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:	<input type="text"/>	RUT: <input type="text"/>	GRUPO SANGRE:	<input type="text"/>	PESO:	<input type="text"/>
DIRECCIÓN:	<input type="text"/>					
TELÉFONO RED FIJA:	<input type="text"/>	CELULAR 1: <input type="text"/>	CELULAR 2: <input type="text"/>			

* 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 PUPILLO (A) PRESENTA REACCIÓN 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 PUPILLO(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 Otro señale cual

Fonoaudiólogo 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 Índigena:

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 Índigena

Beca Presidente de la República

DECLARACIÓN

Año Escolar 2026

POR LA PRESENTE, con fecha:

Yo

Rut:

Apoderado(a)de

Rut:

Del Curso

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

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 **ESTABLECIENTO**.

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 _____ / _____ / _____.

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 2025** para la matrícula del año académico 2026.

**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