

**FICHA DE MATRÍCULA AÑO ESCOLAR 2018**

FECHA DE MATRÍCULA: ____/____/____/ CURSO-2017: _____ CURSO-2018: _____

NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE MATRICULA: _____

ANTECEDENTES DEL ALUMNO(A)NOMBRE ALUMNO(A): _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

RUT: _____ PASAPORTE: _____ NACIONALIDAD: _____

FECHA DE NAC.: ____/____/____/ SEXO: M F ALUMNO(A) NUEVO: _____

DIRECCIÓN: _____ COMUNA: _____

HERMANOS EN EL COLEGIO (CURSO 2017): _____

ALUMNO(A) HA REPETIDO: SI ____ NO ____ EN QUÉ CURSO: _____ EN QUÉ COLEGIO: _____

CON QUIEN VIVE: CON AMBOS PADRES ____ SOLO CON LA MADRE ____ SOLO CON EL PADRE ____

OTROS (ESPECIFIQUE) _____

ANTECEDENTES DE LA MADRENOMBRE MADRE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

RUT: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____/ EMAIL: _____

NIVEL DE ESTUDIOS: _____ ACTIVIDAD: _____ NIVEL INGLÉS: _____

DIRECCIÓN: _____ COMUNA: _____

TELÉFONO CASA: _____ CELULAR: _____ TELÉFONO TRABAJO: _____

ANTECEDENTES DEL PADRENOMBRE PADRE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

RUT: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____/ EMAIL: _____

NIVEL DE ESTUDIOS: _____ ACTIVIDAD: _____ NIVEL INGLÉS: _____

DIRECCIÓN: _____ COMUNA: _____

TELÉFONO CASA: _____ CELULAR: _____ TELÉFONO TRABAJO: _____

NOMBRE DEL APODERADO _____ FIRMA _____

SALUD DEL (LA) ESTUDIANTE:

HA ESTADO EN TRATAMIENTO: NEUROLÓGICO ____ PSICOPEDAGÓGICO ____ PSICOLÓGICO ____ PSIQUIÁTRICO ____

OTRO: (ESPECIFIQUE): _____

ACTUALMENTE SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO: SÍ ____ ESPECIFIQUE: _____ NO: ____

TOMA ALGÚN MEDICAMENTO: SÍ ____ ESPECIFIQUE: _____ NO: ____

ES ALÉRGICO A ALGÚN REMEDIO O ALIMENTO: SÍ ____ ESPECIFIQUE: _____ NO: ____

POSEE ANTECEDENTES DE TRASTORNOS DE APRENDIZAJE, DÉFICIT ATENCIONAL, OTROS:

SÍ ____ ESPECIFIQUE: _____ NO: ____

POSEE SEGURO ESCOLAR: SÍ ____ ESPECIFIQUE: _____ NO: ____

EN CASO DE UNA EMERGENCIA COMUNICAR A :

NOMBRE: _____ TELÉFONO EMERGENCIA: _____

SISTEMA DE SALUD _____ (si es ISAPRE, cuál)



**AUTORIZACION PARA REALIZAR CLASES DE ED. FISICA FUERA DEL ESTABLECIMIENTO
(SOLO PARA ALUMNOS DE 3º A IVº MEDIO)**

Yo _____ Apoderado de _____ curso _____
NOMBRE DEL APODERADO NOMBRE DEL ALUMNO

Autorizo a mi pupilo a asistir a los estadios (Sirio, Croata, Vitasport, Club de Polo, Club Lo Cañas), de 8:00 a 16:00hrs. de Lunes a Viernes.

FIRMA DEL APODERADO

ENCUESTA SOBRE CLASE DE RELIGIÓN

1.- Este establecimiento Impartirá 02 hrs., semanales de clases de Religión, dentro del horario lectivo.

2.- Marque con una X su preferencia para las clases de Religión:

PROPUESTAS

PREFERENCIAS

OPTO POR CLASES DE RELIGIÓN CATÓLICA	
OPTO POR CLASES DE RELIGIÓN EVANGÉLICA	
OPTO POR OTRA RELIGIÓN CON PROGRAMAS APROBADOS (SEÑALE CUÁL)	
NO OPTO	
FIRMA APODERADO	

NOTA: SI EL ALUMNO **NO OPTA** A LA RELIGIÓN SE DESTINARÁN LAS HORAS A APOYO Y/O REFORZAMIENTO.