**FICHA DE MATRÍCULA AÑO ESCOLAR 2025.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nivel |  | | N° Matrícula | |  |  | | Fecha Retiro | |  |
| Edad a Marzo | |  | |  | | | **Jornada** | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES ESTUDIANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre Completo | |  | | | | | | | | | | R.U.N | | | |  | | |
| Fecha de Nacimiento | |  | | | | | Nacionalidad | | |  | | | | | | | | |
| Domicilio | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Comuna | |  | | | | | Sector | | |  | | | | | | | | |
| El Alumno(a) vive con | |  | | | | | Teléfono de contacto del adulto responsable | | | | | | |  | | | | |
| Cantidad de hermanos del Alumno(a) | |  | | | | | | Número que ocupa el Alumno(a) entre sus hermanos | | | | | | | | | |  |
| Previsión de salud |  | | | | | | | Seguro complementario de salud | | | | |  | | | | | |
| Institución de salud asociada al seguro | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Se atiende en Consultorio, ¿Cuál? | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Condiciones médicas diagnosticadas del Alumno(a) | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Sustancia a la que es alérgico/a | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Alumno(a) ha estado en tratamiento | | |  | | | | | | Actualmente se encuentra en tratamiento médico | | | | | |  | | | |
| Alumno(a) toma medicamento de forma periódica por indicación médica | |  | | | Medicamentos que toma | | | |  | | Medicamentos contraindicados | | | | | |  | |
| En caso de emergencia avisar a (Nombre, Apellido y Teléfono) | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TUTORES RESPONSABLES** | | | | |
| **Datos de la MADRE del Alumno(a)** | | | | |
| Nombre completo |  | | R.U.N. |  |
| Nacionalidad |  | | Etnia |  |
| Edad |  | | Estado civil |  |
| Nivel educacional |  | Ocupación |  | |
| Teléfono |  | Correo electrónico |  | |
| **Datos del PADRE del Alumno(a)** | | | | |
| Nombre completo |  | | R.U.N. |  |
| Nacionalidad |  | | Etnia |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Edad |  | | Estado civil |  |
| Nivel educacional |  | | Ocupación |  |
| Teléfono |  | Correo electrónico |  | |
| **Datos del APODERADO/A TITULAR del Alumno(a)** | | | | |
| Nombre |  | | R.U.N. |  |
| Teléfono |  | | Correo  electrónico |  |
| **Datos del APODERADO/A SUPLENTE del Alumno(a)** | | | | |
| Nombre |  | | R.U.N. |  |
| Teléfono |  | | Correo  electrónico |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBSERVACIONES DE INHABILIDAD JUDICIAL (opcional)**  El documento debe ser entregado físicamente a la Escuela.  En casos especiales, en donde los padres estén en situación de litigio judicial y no se dictamine una orden específica de alejamiento, ambos padres por la Ley N° 20680 de igualdad parental, tienen derecho a solicitar o entregar documentación. Sólo bajo respaldo judicial, se “suspenderá o restringirá el ejercicio de este derecho cuando manifiestamente perjudique el bienestar del hijo, lo que declarará el tribunal  fundadamente” según el Art. 229. Ley Nº 20.680. | | | | |
| Nombre de persona  inhabilitada |  | | | |
| Acciones permitidas |  | | | |
|  | | | | |
| **AUTORIZACIONES** | | | | |
| Nombre, Relación con el/la estudiante y RUN de la persona autorizada por el/la apoderado/a para retiro del/la estudiante (Máximo 3 Personas distintas a los Apoderados) | | Nombre: | | |
| RUN: | Parentesco: | |
|  |  | |
| Nombre: | | |
| RUN: | Parentesco: | |
| Nombre: | | |
| RUN: | Parentesco: | |
| Consentimiento de imágenes del/la estudiante  (Para uso institucional en página web, redes sociales y/o diarios murales.) | | | | Si…… /No…… |
| El Apoderado(a) toma conocimiento del Proyecto Educativo Institucional, Manual de Convivencia escolar, Reglamento de Evaluación y Promoción, publicado en página  web del colegio. | | | | Si…… /No…… |
| El Apoderado(a) autoriza y acepta el traslado de su pupilo(a) en el servicio de furgón escolar que gratuitamente presta la Escuela | | | | Si…… /No…… |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  FIRMA | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  FIRMA |
| CANDY SOLEDAD MACAYA VASQUEZ  DIRECTORA | APODERADO |

**CLASES DE RELIGIÓN**

|  |
| --- |
| YO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Apoderado del Alumno(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SI: \_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_\_ Autorizo a mi pupilo para recibir clases de religión (marque con una X).  Religión de preferencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**DIRECCIÓN ALTERNATIVA PARA FURGÓN.**

**\*Casos justificados y autorizados por Dirección, (debe ser dentro del radio del furgón asignado.) (MARZO)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Parentesco con Alumno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma y Rut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Parentesco con Alumno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma y Rut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**CAMBIO DE DOMICILIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nombre y Rut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma** | **Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Nombre y Rut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INGRESO**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **FECHA MATRÍCULA** |  | **TEL** |  | **PROCEDENCIA** |  | | **FURGÓN** |  | | | | |   **RECEPCIÓN VALORACIÓN DE SALUD**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **FECHA** |  | **N° TALONARIO** |  | |

**USO EXCLUSIVO DEL ESTABLECIMIENTO**