



# FICHA DE MATRÍCULA

N° DE MATRÍCULA \_\_\_\_\_

FECHA DE MATRÍCULA

AÑO ESCOLAR:

RUN:

## DATOS DEL ALUMNO

<b>NOMBRE COMPLETO:</b>		
FECHA DE NACIMIENTO:	GRUPO FAMILIAR N°:	UBICACIÓN ENTRE HERMANOS N°:
VIVE CON AMBOS PADRES: _____ MADRE: _____ PADRE: _____ OTRO: _____		
DOMICILIO:		COMUNA:
TELÉFONO FIJO:	CELULAR:	NACIONALIDAD:
SEXO FEMENINO: _____ MASCULINO: _____	CURSO AL QUE POSTULA:	
COLEGIO DE PROCEDENCIA:	PROMOVIDO: _____	REPITENTE: _____
CURSOS REPETIDOS:	CAUSA: RENDIMIENTO _____ ENFERMEDAD _____ AUSENCIA _____	
PROBLEMAS DE APRENDIZAJE: SI _____ NO _____ CUAL: _____		
ENFERMEDAD (certificado médico): _____		
ALÉRGICO A (certificado médico): _____	TIPO DE SANGRE:	RH: _____

## DATOS DEL APODERADO

<b>NOMBRE COMPLETO:</b>		<b>RUN:</b>
CELULAR:	RED FIJA:	RELACIÓN CON ALUMNO:
DIRECCIÓN		
CORREO ELECTRÓNICO:		
<b>APODERADO SUPLENTE:</b>	<b>RUT:</b>	
RELACIÓN CON ALUMNO:	TELÉFONO:	
DIRECCIÓN:	MAIL:	

## DATOS DE LOS PADRES

<b>NOMBRE PADRE:</b>	<b>RUT:</b>
MAIL:	CELULAR:
DIRECCIÓN:	
<b>NOMBRE MADRE:</b>	<b>RUT:</b>
MAIL:	CELULAR:
DIRECCIÓN:	

## INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

EL ESTUDIANTE PERTENECE A ALGUN PROGRAMA SOCIAL: SI _____ NO _____ DETALLAR _____	
HA PERTENECIDO A PROGRAMA PIE: SI _____ NO _____ DIAGNOSTICO: _____	
<b><u>ESTA SIENDO ATENDIDO:</u></b>	
PSIQUIATRA: _____	TERAPEUTA OCUPACIONAL: _____
SICÓLOGO: _____	ASISTENTE SOCIAL: _____
EDUCADOR DIFERENCIAL: _____	CENTRO PPF, CTA, PRM U OTRO (INDICAR): _____
NEURÓLOGO: _____	CAUSA VIGENTE DE JUZGADO DE FAMILIA: _____

## DATOS DE PERSONAS AUTORIZADAS PARA RETIRAR AL ALUMNO EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE COMPLETO	RUN	RELACIÓN	N° TELÉFONO

---

FIRMA APODERADO