

## Ficha Matrícula

### Datos Personales Alumno(a)

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
RUT: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: Masculino  Femenino   
Dirección: \_\_\_\_\_ Comuna: \_\_\_\_\_  
Descendiente de Pueblo Originario: Si  No  Cual: \_\_\_\_\_

### Datos Personales Padre

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
RUT: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Comuna: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono Contacto: \_\_\_\_\_

### Datos Personales Madre

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
RUT: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Comuna: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Años de Escolaridad: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono Contacto: \_\_\_\_\_

### Datos Apoderado Titular

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
RUT: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Comuna: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono Contacto: \_\_\_\_\_

### Datos Apoderado Suplente

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
RUT: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Comuna: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono Contacto: \_\_\_\_\_

### Datos Apoderado Autorizado para el retiro del estudiante

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Comuna: \_\_\_\_\_

## Anexo Ficha de Matrícula

### Antecedentes de salud del Estudiante

Previsión de Salud: Fonasa  Isapre  Otro/Indique cual: \_\_\_\_\_

Seguro Anexo de Salud: Si  No  Indique cual: \_\_\_\_\_

En caso de Accidente Escolar, el estudiante debe ser derivado a:

Asistencia Pública (Seguro Escolar): \_\_\_\_\_ Asistencia Privada: \_\_\_\_\_

### Adulto Responsable en caso de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Run: \_\_\_\_\_

Teléfono contacto: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

### Condiciones médicas diagnosticadas

Indique cual: \_\_\_\_\_

Alérgico: \_\_\_\_\_

N.E.E. Diagnosticadas: Si  No  Indique cual: \_\_\_\_\_

El estudiante presenta un estado de salud compatible con la actividad física: Si  No

Indique cual es el diagnóstico: \_\_\_\_\_

(debe respaldar con certificado médico en marzo)

### Autorizaciones

Consentimiento de imágenes del estudiante para su uso en página web, anuario, premiaciones y actividades recreativas, deportivas y/o artísticas: Si  No

Confirma su adhesión a nuestro Proyecto Educativo  
y a las clases de Religión Católica (Decreto N° 924/1983)

\_\_\_\_\_  
Firma Adhesión

\_\_\_\_\_  
Firma Apoderado