



FICHA DE MATRÍCULA- AÑO ESCOLAR 2024
COLEGIO "SAN FRANCISCO COLL"
ENSEÑANZA PREBÁSICA- BÁSICA-MEDIA

CURSO: _____ AÑO: _____

NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE MATRICULA: _____

FECHA DE MATRÍCULA: ____/____/____/ Fecha de retiro: ____/____/____/

1.-DATOS DEL ALUMNO:

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

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

DOMICILIO: CALLE O AVDA: _____ NÚMERO: _____

COMUNA: _____ SECTOR: _____ REGIÓN: _____

VIVE CON: PADRE _____ MADRE _____ AMBOS _____ OTRO(S) ESPECIFICAR: _____

NÚMERO DE HERMANOS: ____ LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HERMANOS: ____ CURSO QUE HA REPETIDO: ____

2.DATOS DE COLEGIO DE PROCEDENCIA:

COLEGIO: _____ CURSO: _____ AÑO: _____

3.DATOS DEL APODERADO:

NOMBRE: _____ RUT: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: _____

DOMICILIO: _____ COMUNA: _____

TELÉFONO FIJO: _____ Teléfono celular: _____ T. TRABAJO: _____

PROFESIÓN U OFICIO: _____ LUGAR DE TRABAJO: _____

ESCOLARIDAD: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

4. APODERADO SUPLENTE:

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____ PARENTEZCO: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

5.DATOS DE LOS PADRES:

NOMBRE DEL PADRE: _____ RUT: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: _____

DOMICILIO: _____ COMUNA: _____

TELÉFONO FIJO: _____ TELÉFONO CELULAR: _____ T. TRABAJO: _____

PROFESIÓN U OFICIO: _____ LUGAR DE TRABAJO: _____

ESCOLARIDAD: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ RUT: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: _____

DOMICILIO: _____ COMUNA: _____

TELÉFONO FIJO: _____ TELÉFONO CELULAR: _____ T. TRABAJO: _____

PROFESIÓN U OFICIO: _____ LUGAR DE TRABAJO: _____

ESCOLARIDAD: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

6. ANTECEDENTES MEDICOS DEL /LA ESTUDIANTE:

HA ESTADO EN TRATAMIENTO NEUROLÓGICO: _____ PSICOLÓGICO: _____

TIENE UN DIAGNOSTICO NEUROLOGICO SI _____ NO _____

OTROS (ESPECIFIQUE): _____

EN LA ACTUALIDAD SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO SI: (ESPECIFIQUE) _____ NO: _____

POSEE CONTRAINDICACIÓN MÉDICA PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA Y/O DEPORTIVA: SI _____ NO _____

ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO O ALIMENTO SI (ESPECIFIQUE): _____ NO: _____

POSEE ANTECEDENTES DE NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES(NEE):SI (ESPECIFIQUE) _____ NO: _____

PROBLEMAS DE: AUDICIÓN _____ VISIÓN _____ PIE PLANO _____ COLUMNA: _____ OTROS _____

SISTEMA DE SALUD: FONASA A___ B___ C___ D___ ISAPRE: _____ ESPECIFIQUE: _____

POSEE SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD: SI (ESPECIFIQUE) _____ NO _____

FAMILIA PERTENECE ALGÚN PROGRAMA CHILE SOLIDARIO: SI _____ ¿Cuál? _____ NO _____

7. PERTENECES A UNA ETNIA: SI ___ NO ___ ¿CUÁL?: _____ CERTIFICACIÓN: CON ___ O SIN ___

8. Es de mucha importancia para nosotros saber las razones por las cuales matricula a su hijo(a) en el Establecimiento y el compromiso que adquiere como apoderado. (es obligatorio contestar)

Razones:

Compromiso:

Firma del apoderado: _____ Firma del estudiante: _____

9.El Colegio San Francisco Coll, es una institución dirigida por las Hnas. Dominicas de la Anunciata, que cooperan en la función evangelizadora de la Iglesia Católica, en donde la participación, respecto por las clases de Religión, y actividades de Pastoral de los estudiantes y los padres y apoderados, son requisitos indispensables en la formación de los estudiantes y de la familia, por lo tanto, ofrecemos la posibilidad de realizar los sacramentos a aquellos que lo deseen.

IMPORTANTE: ES DEBER DEL APODERADO, Y DE APODERADOS SUPLENTE INFORMAR EN INSPECTORIA EN CASO DE CAMBIO DE NÚMERO TELEFÓNICO DE CONTACTO, CAMBIO DE DIRECCIÓN DE DOMICILIO...

10. SI ES ALUMNO NUEVO, MARCA DOCUMENTOS QUE PRESENTA: (según curso que corresponda)

- Certificado de Nacimiento
- Informe Educacional al Hogar Prekínder y Kínder
- Fotos (Mes de marzo)
- Certificados Anuales años anteriores (1° básico a 4 Medio)
- Fotocopia Cédula de Identidad de los padres.