



Colegio Santa Teresita del Niño Jesús

Maturana N° 731

Santiago

Fecha de Matrícula: ___/___/___

Curso 2021

Ficha de Matrícula

(Sistema administrativo SINEDUC)

Al llenar la ficha escribir con letra clara y ordenada

1.- Antecedentes de la Alumna

RUN: _____ - _____

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Edad: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____

Comuna: _____

Curso(s) que ha repetido: _____

Colegio de procedencia: _____

Año de ingreso a nuestro Establecimiento: _____

En caso de emergencia avisar a: _____

Fonos emergencia: _____ Parentesco _____

2.- Antecedentes familiares

Nº de hermanos: _____ Lugar de hermanos: _____

La Alumna vive con: _____

2.1 Antecedentes Madre o Tutora Legal

Nombre completo: _____

RUN: _____ - _____

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Dirección: _____

Comuna: _____

Teléfono celular Madre: _____ teléfono fijo _____

Nivel de Educación: _____

Ocupación: _____

Estado civil: _____ Nacionalidad: _____

E-mail: _____ @ _____

2.2 Antecedentes Padre o Tutor legal

Nombre completo: _____

RUN: _____ - _____

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Dirección: _____

Comuna: _____

Teléfono celular Padre: _____
Teléfono Fijo: _____
Nivel de Educación: _____
Ocupación: _____
Estado civil: _____
Nacionalidad: _____
E-mail: _____ @ _____

2.3 Antecedentes del Apoderado **SUPLENTE**

Parentesco con la alumna: _____
Nombre completo del Apoderado(a): _____
RUN: _____ - _____
Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
Dirección: _____
Comuna: _____
Teléfono casa: _____
Teléfono celular: _____
Nivel de Educación: _____
Ocupación: _____
Estado civil: _____ Nacionalidad: _____
E-mail: _____ @ _____

3.- Antecedentes sociales

Posee Ficha de Protección Social: SI _____ NO _____ Puntaje _____

4.-La Alumna Presenta Necesidades Educativas Especiales: SI _____ NO _____
* Adjunta certificado del profesional SI _____ NO _____

4.1- La Alumna Presenta Problemas de Salud: SI _____ NO _____
Cual _____
* Adjunta certificado médico e Informa personalmente la enfermedad de cuidado. SI _____ NO _____

4.2 – La Alumna Puede tomar Paracetamol (ya sea Infantil o Adulto) o Predual.
Autoriza SI _____ No _____

4.3 – Restricción a personas para retirar a su Alumna: SI _____ NO _____
Quién/es _____
Adjunta documento formal SI _____ NO _____

P.D

ES DE SU RESPONSABILIDAD DAR AVISO OPORTUNO AL PROFESOR JEFE DEL CAMBIO DE DOMICILIO Y NUMEROS TELEFONICOS DE LA ALUMNA O APODERADO.

Nombre Apoderado