



Nº de matrícula
Nº de lista libro clases
Nº Comp. C. de Padres
Curso en el que se matricula

FOTO

FICHA DE MATRÍCULA

(COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA Y LEGIBLE)

AÑO

2	0	2	5
---	---	---	---

Folio del Reglamento de Convivencia Escolar

--	--	--	--

DATOS DEL ESTUDIANTE (Obligatorio)

Nombres del estudiante Apellido Paterno Apellido Materno

Rut Si es extranjero y no tiene RUT, ingrese su IPE
 (Indicador provisorio escolar)

Dirección (Calle, Avenida o Pasaje) Nº Villa - población.

Localidad Comuna

Teléfono/Celular estudiante Correo electrónico de estudiante Colegio de procedencia

Fecha de Nacimiento (día,mes,año) En casos de emergencias, llamar a Teléfono fijo y/o Celular

Sexo Masculino Femenino Edad al 31 de Marzo Curso al que ingresó al Liceo Año ingreso al Liceo

Cursos que ha repetido Nacionalidad

¿Pertenece a algún pueblo originario? Si ¿cuál? No

ANTECEDENTES FAMILIARES (Obligatorio)

Número de hermanos Lugar entre hermanos

Vive con: Padre Abuelo Tío Otros
 Madre Abuela Tía (Especificar)

Identificación	PADRE	MADRE	OTRO APODERADO
Nombres			
Apellidos			
Rut:			
Nacionalidad			
Tel.fijo y/o Celular			
Correo electrónico			
Estado civil			
Domicilio			
Comuna			
Marque 1 apoderado principal Marque 2 apoderado secundario			

Nivel educacional apoderado(a); estudios completos marque 1, incompletos marque 2

	Postgrados	Universitarios	Téc. sup.	Téc de liceo	Media	Básica	Sin estudios
Madre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Padre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Parentesco del alumno con el apoderado

ANTECEDENTES DE SALUD DEL ESTUDIANTE (marque con una "X" según corresponda)

Sistema de salud Isapre Fonasa A Fonasa B Fonasa C Fonasa D
Necesidades educativas especiales Auditiva Lenguaje Motora
¿Algún antecedente o tratamiento médico físico y/o mental? SI NO
¿Cuál?

¿Presenta alguna enfermedad crónica? Si No ¿Cuál?

PIE (Programa de Intregación Escolar)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Diagnóstico: <input type="text"/>
---------------------------------------	--	-----------------------------------

ANTECEDENTES SOCIALES DE LA FAMILIA (Poner una "X" donde corresponda)

¿Tiene hermanos en el liceo? si no ¿cuántos?

Detalle curso(s) de hermano(s) en recuadro(s), por ejemplo: 1A básica

Curso	Nombre hermanos (as)	Curso	Nombre hermanos (as)

Sector donde vive: Rural Urbano

Pertenencia de la vivienda Propia Adquiriente Cedida Arrendada Allegados

Tipo de vivienda: Casa Dpto. Mediagua Pieza

Nº personas que habita vivienda Nº habitaciones Nº camas Baño con ducha si no

Existencia de un adulto que apoye el aprendizaje y labores escolares: si no

¿Quién? Mamá Papá Otro (a) Tiempo que tarda de casa al colegio Minutos

Medio de transporte para llegar al colegio: Locom. Colectiva Vehículo Particular

Furgón Bicicleta Buses comunales Caminando

Completar datos en siguiente recuadro, quienes matriculan a estudiante a nivel kínder y 1ero básico:

Proveniente de: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Jardín Infantil (nombre) <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Escuela de Lenguaje (nombre) <input type="text"/>
Si proviene de escuela de lenjuage TEL MIXTO <input type="checkbox"/> TEL EXPRESIVO <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/>

ANTECEDENTES LABORALES DEL ESTUDIANTE

Realiza trabajo remunerado: SI NO Descripción del trabajo:

Frecuencia del trabajo (En vacaciones, fines de semana, todas las tardes, otra.)

Gastos financiados por el trabajo: (Locomoción, artículos personales, útiles escolares, otros)

Tipos de beneticios.

Favor marcar con una "X", si alumno (a) es beneficiario de alguna de las siguientes condiciones.

<input type="checkbox"/> JUNAEB útiles escolares	<input type="checkbox"/> JUNAEB Salud (Otorrino)	<input type="checkbox"/> Chile Solidario
<input type="checkbox"/> JUNAEB alimentación	<input type="checkbox"/> Programa Puente	<input type="checkbox"/> Beca indigena
<input type="checkbox"/> JUNAEB salud (Oftalmólogo)	<input type="checkbox"/> Alumno Prioritario	<input type="checkbox"/> Beca Pdte. de la República
<input type="checkbox"/> JUNAEB salud (Columna)	<input type="checkbox"/> Alumno preferente	<input type="checkbox"/> SUF (Subsidio Único Familiar)
<input type="checkbox"/> PAE (Programa Alimentación escolar)		

Observaciones:

Firma del Apoderado

NOTA: Al momento de matricular, esta ficha debe estar completa y actualizada