



FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2014

CURSO: _____

FECHA: _____

DATOS DEL ESTUDIANTE

N° Matrícula: _____ Origen Indígena: _____ Repitente Grado _____
Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____
Nombres: _____ Rut: _____
Edad: _____ Fecha Nacimiento: __/__/____ Fono: _____
Dirección: _____ Comuna: _____
Nacionalidad: _____ N° Grupo Familiar: _____ N° Hermanos: _____
Lugar entre hermanos: _____ Presenta condicionalidad: si ___ no ___
Colegio Procedencia: _____ Ciudad: _____
Acepta clases de Religión si ___ no ___ Católica: si ___ no ___ otra: ___
Cuál? _____

DATOS DEL PADRE:

Sin datos: _____

Nombre: _____ Fecha Nac.: __/__/__ Rut: _____
Nivel Educativo: E. Básica Incompleta E. Media Incompleta
Completa Completa
E. técnica incompleta E. Universitaria incompleta
Completa Completa
Profesión: _____ Ocupación _____
Lugar de trabajo: _____ Fono trabajo: _____
Dirección: _____ Fono particular: _____
e-mail: _____ Religión _____

DATOS DE LA MADRE:

Sin datos: _____

Nombre: _____ Fecha Nac.: __/__/__ Rut: _____
Nivel Educativo: E. Básica Incompleta E. Media Incompleta
Completa Completa
E. técnica incompleta E. Universitaria incompleta
Completa Completa
Profesión: _____ Ocupación _____
Lugar de trabajo: _____ Fono trabajo: _____
Dirección: _____ Fono particular: _____
e-mail: _____ Religión _____

DATOS DEL APODERADO:

Apoderado Titular: _____ Parentesco: _____
Teléfono: _____ Dirección: _____ Rut _____
Apoderado Suplente: _____ Parentesco: _____
Teléfono: _____ Dirección: _____ Rut _____

EL (LA) ESTUDIANTE VIVE CON:

Ambos Padres _____ Sólo Padre _____ Sólo Madre _____

¿Con quién vive, sino es con su padre o con su madre?



VIVIENDA Y SITUACIÓN ECONÓMICA

- Propia __ Cedida __ Arrendada __ Allegados __ Sector urbano __ Rural __
- Casa __ Departamento __ Mediagua __ Pieza __ Baño con ducha: _____
- N° Dormitorios _____ N° personas habitan la vivienda: _____ N° camas: _____
- Ingreso Familiar mensual \$ _____
- Recibe SUF (subsido único familiar) si __ no __
- Programa Chile solidario o puente (certifica con liquidación de pago) si __ no __
- Solicita incorporación Programa de Alimentación Escolar si __ no __

ANTECEDENTES DE APOYO AL PROCESO EDUCATIVO

- Calificación del lugar de estudio en la vivienda:
 Adecuado _____ Medianamente adecuado _____ Inadecuado para el estudio _____
- Existe algún adulto que apoya el aprendizaje y labores del alumno:
 Si __ No __ ¿Quién? _____

ANTECEDENTES DE MOVILIZACIÓN DEL ALUMNO

- Tiempo que demora de la casa al colegio:
 5 a 30 min__ 31 a 60 min__ 61 a 90 min__ 91 a 120 min__ más de 120 min__
- Medio de transporte para llegar al colegio:
 Locomoción colectiva __ Vehículo particular __ Bicicleta __ Metro __
 Furgón __ Nombre transportista _____
 Teléfono transportista _____ No usa medio de transporte __

ANTECEDENTES DE SALUD DEL ALUMNO

- Sistema de salud:
 Isapre __ Fonasa A__ B__ C__ D__ Prais__ Particular__ Indigente__ Otro__
- Lugar donde se atiende:
 Consultorio Anibal Ariztia __ Otro _____
- Tiene seguro escolar privado: si __ no __ Institución: _____
 - Pensión de Invalidez si __ no __
 - Toma medicamentos: si __ no __ cuál _____
 - Es alérgico: si __ no __ ¿a
 qué? _____
 - ¿Tiene algún impedimento de salud para realizar actividades físicas?
 si __ no __ Cuál? _____

AUTORIZACIONES

		RUT	FIRMA
Para ser evaluado y recibir apoyo de especialistas para atender sus necesidades educativas especiales en caso que el colegio así lo disponga.	SI__ NO__		
Para ser trasladado al centro de aprendizaje en horario de clases con el objetivo de recibir apoyo de especialistas.	SI__ NO__		
Para ser trasladado al estadio Patricia, para realizar actividades deportivas y/o actividades extraescolares y salidas extra programáticas.	SI__ NO__		
Para realizar salidas extra programáticas como apoyo a sus aprendizajes.	SI__ NO__		



Para ser filmado o grabado dentro y fuera del colegio Juan Pablo II en actividades inherentes al quehacer educativo.	SI__ NO__		
Declaro recibir y conocer los Reglamenteo de Evaluación y Promoción y de Convivencia Escolar.	SI__ NO__		
Autorizo a mi pupilo (a) para trasladarse solo desde el Colegio a la casa.	SI__ NO__		
Autorizo al Colegio para que , en caso de algún accidente escolar, traslade a mi alumno (a) al centro asistencial correspondiente para que se le brinde los primeros auxilios	SI__ NO__		

Nombre Apoderado: _____

Firma: _____

Matriculado Por: _____
 (Funcionario Colegio)

Firma: _____