



CORPORACIÓN DE EDUCACIÓN
SALUD DE LAS CONDES
COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA HC
CAMINO EL ALBA Nº9280 / FONONO 27207100



FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2014

CURSO: _____

FECHA: _____

DATOS DEL ESTUDIANTE

Nº Matrícula: _____ Origen Indígena: ____ Repitente Grado ____
 Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____
 Nombres: _____ Rut: _____
 Edad: _____ Fecha Nacimiento: __/__/____ Fono: _____
 Dirección: _____ Comuna: _____
 Nacionalidad: _____ Nº Grupo Familiar: ____ Nº Hermanos: ____
 Lugar entre hermanos: ____ Presenta condicionalidad: si__ no__
 Colegio Procedencia: _____ Ciudad: _____
 Acepta clases de Religión si__ no__ Religión _____

DATOS DEL PADRE:

Sin datos: _____

Nombre: _____ Fecha Nac.: __/__/__ Rut: _____

Nivel Educativo: E. Básica Incompleta	<input type="checkbox"/>	E. Media	Incompleta	<input type="checkbox"/>
Completa	<input type="checkbox"/>		Completa	<input type="checkbox"/>
E. técnica incompleta	<input type="checkbox"/>	E. Universitaria incompleta		<input type="checkbox"/>
Completa	<input type="checkbox"/>	Completa		<input type="checkbox"/>

Profesión: _____ Ocupación _____
 Lugar de trabajo: _____ Fono trabajo: _____
 Dirección: _____ Fono particular: _____
 e-mail: _____ Religión _____

DATOS DEL MADRE:

Sin datos: _____

Nombre: _____ Fecha Nac.: __/__/__ Rut: _____

Nivel Educativo: E. Básica Incompleta	<input type="checkbox"/>	E. Media	Incompleta	<input type="checkbox"/>
Completa	<input type="checkbox"/>		Completa	<input type="checkbox"/>
E. técnica incompleta	<input type="checkbox"/>	E. Universitaria incompleta		<input type="checkbox"/>
Completa	<input type="checkbox"/>	Completa		<input type="checkbox"/>

Profesión: _____ Ocupación _____
 Lugar de trabajo: _____ Fono trabajo: _____
 Dirección: _____ Fono particular: _____
 e-mail: _____ Religión _____

DATOS 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?



CORPORACIÓN DE EDUCACIÓN
SALUD DE LAS CONDES
COLEGIO SAN FRANCISCO DEL ALBA HC
CAMINO EL ALBA Nº9280 / FONOS 27207100

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 (subsidio 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 _____

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 Reglamento 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__		

Matriculado Por: _____