



FICHA DE MATRÍCULA

Año Escolar 2022

Curso: _____

N° de Matrícula: _____

Prof. Jefe: _____

- ✓ Solo el apoderado titular debe firmar y llenar el contrato de prestación de servicios y la ficha de matrícula.
- ✓ Debe contestar todos los datos en ambos documentos o de lo contrario NO serán válidos.
- ✓ Para ser efectiva la matrícula ambos documentos deberán ser firmados por el apoderado titular.

IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO/A

| Datos Personales del Estudiante | | |
|---|--|--|
| Nombre Completo: _____ | | |
| RUN: _____ | Nacionalidad: _____ | Sexo: F— M— |
| Fecha Nacimiento: _____ | Edad a Marzo: _____ | Pueblo Originario: _____ |
| Domicilio: _____ | | Sector: _____ |
| Teléfono red fija: _____ | Teléfono celular: _____ | Correo Electrónico: _____ |
| Colegio Anterior: _____ | ¿Ha repetido curso? SI— NO— ¿Cuál/es? _____ | Año Ingreso al Colón: _____ |
| ¿El Estudiante cuenta con elementos tecnológicos para participar en clases Remota? | | |
| Computador — Tablet — Teléfono — IPad — Notebook — Ninguno — | | |
| ¿Con qué datos de internet cuenta el estudiante para participar en clases remotas? | | |
| Chip Colegio— WIFI— Plan de datos— Otro _____ | | |
| Antecedentes de Salud del Estudiante | | |
| Previsión de Salud del estudiante: | | |
| SISTEMA PÚBLICO — FONASA A/B/C/D/ ISAPRE — FFAA Y DE ORDEN — PARTICULAR — | | |
| Peso: _____ | Estatura: _____ | Enfermedades Crónicas: SI___ NO___ ¿Cuál? _____ |
| Toma medicamentos ¿Cuál?: _____ | | Medicamentos contraindicados ¿Cuál?: _____ |
| Problemas: Visuales — Auditivos — Caries — Motrices— | | Usa: Audífonos — Lentes Ópticos — Lentes de Contacto — Frenillos — Implantes o Ayuda Ortopédica — |
| ¿Se encuentra actualmente en tratamiento?: | | |
| Dental — Psicopedagógico — Psicológico — Psiquiátrico — Neurológico — Otro(indique) _____ | | |
| Institución donde realiza el tratamiento: _____ | | |
| El estudiante, ¿tiene su esquema de vacunación por COVID-19 completo? SI _____ NO _____ | | |
| Integrantes de la Familia | | |
| N° de Integrantes de la familia: Menores de 14 años: _____ Mayores de 65: _____ | | |
| Tiene hermanos en el Colegio Cristóbal Colón SI _____ NO _____ | | |
| Curso _____ Nombre _____ Curso _____ Nombre _____ | | |
| El niño vive con ambos padres — Uno de ellos — Otras personas — ¿Quién? _____ | | |
| El Estudiante es beneficiario de becas: | | |
| JUNAEB — Programa Puente — Chile Solidario — Subsidio Único familiar — PRAIS — Otro: _____ | | |
| La Familia del estudiante posee Registro Social de Hogares: | | |
| SI— NO— Porcentaje RSH: _____ | | |
| EN CASO DE EMERGENCIA (Corte de agua, temblor fuerte, accidente grave, etc.), la persona que retira al estudiante es: | | |
| Nombre: _____ | | Parentesco: _____ |
| Fono Contacto 1: _____ | | Fono Contacto 2: _____ |

IDENTIFICACION DE PADRES, APODERADOS Y APODERADO SUPLENTE

| Apoderado Titular (Persona que matricula y firma contrato) | | |
|---|---------------------|---------------------|
| Nombre Completo: | | |
| RUT: | Parentesco: | Nacionalidad: |
| Domicilio: | | |
| Teléfono red fija: | Teléfono celular: | Correo Electrónico: |
| Profesión / actividad: | Lugar de Trabajo: | Teléfono Laboral: |
| Apoderado Suplente (persona que representa al titular, solo definido por el apoderado titular) | | |
| Nombre Completo: | | |
| RUT: | Parentesco: | Nacionalidad: |
| Domicilio: | | |
| Teléfono red fija: | Teléfono celular: | Correo Electrónico: |
| Profesión / actividad: | Lugar de Trabajo: | Teléfono Laboral: |
| Antecedentes de la Madre | | |
| Nombre Completo: | | |
| RUN: | Fecha Nacimiento: | |
| Nivel Educacional: | | |
| Domicilio: | | |
| Celular: | Correo Electrónico: | |
| Antecedentes del Padre | | |
| Nombre Completo: | | |
| RUN: | Fecha Nacimiento: | |
| Nivel Educacional: | | |
| Domicilio: | | |
| Celular: | Correo Electrónico: | |

ANTECEDENTES ECONÓMICOS DE LA FAMILIA

| | |
|--|--|
| Ingreso Total Grupo Familiar \$ | Su situación económica es: Buena — Regular — Mala — |
| Vive en Casa Propia ——— Arrendada ——— Allegados ——— Cedida ——— | |
| Nº de habitaciones: | Nº de Camas: |

CONTESTAR SOLO SI ES ESTUDIANTE NUEVO

| Documentación Entregada |
|--|
| Certificado de Nacimiento ——— Certificado de Estudios ——— Informe de Personalidad ——— Otros _____ |

Persona que Matricula

Firma Apoderado(a) Titular

Coquimbo, _____ de _____ de 20____.