



## FICHA PERSONAL DEL ALUMNO(A) MATRÍCULA AÑO 2025

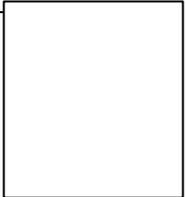
Curso 2025:

Fecha en la que:

N° de Matricula Año 2025

Ingresó al Colegio CEB

(Uso Exclusivo Colegio)



<b>DATOS ALUMNO(A):</b>		<b>RUT:</b> _____	
<b>Paterno</b>	<b>Materno</b>	<b>Nombres</b>	
_____ Género	_____ Domicilio, N°, villa o población	_____ Comuna	
_____ Fecha de Nacimiento	_____ Estatura (CMS)	_____ Peso (KG)	_____ Teléfono casa
_____ <b>En caso de emergencia avisar a (nombre, apellidos)</b>		_____ Teléfono/ celular	
_____ N° Hermanos	_____ Con quien Vive	_____ Colegio Procedencia en caso que sea alumno(a) nuevo	

<b>ANTECEDENTES DEL PADRE:</b>		<b>RUT:</b> _____	
<b>Paterno</b>	<b>Materno</b>	<b>Nombres</b>	
_____ Teléfono casa	_____ Teléfono celular	_____ Estado Civil	_____ Profesión
_____ Domicilio, N°, villa o población		_____ Comuna	
_____ Fecha de Nacimiento	_____ E-mail	_____ Modalidad de pago	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                 Pagaré <input type="checkbox"/>                  Cheque <input type="checkbox"/> </div>
Apoderado Académico <input type="checkbox"/>		Apoderado Responsable del pago <input type="checkbox"/>	

<b>ANTECEDENTES DE LA MADRE:</b>		<b>RUT:</b> _____	
<b>Paterno</b>	<b>Materno</b>	<b>Nombres</b>	
_____ Teléfono casa	_____ Teléfono celular	_____ Estado Civil	_____ Profesión
_____ Domicilio, N°, villa o población		_____ Comuna	
_____ Fecha de Nacimiento	_____ E-mail	_____ Modalidad de pago	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                 Pagaré <input type="checkbox"/>                  Cheque <input type="checkbox"/> </div>
Apoderado Académico <input type="checkbox"/>		Apoderado Responsable del pago <input type="checkbox"/>	

**OTROS HERMANOS EN EL COLEGIO**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES RESPONSABLE ECONÓMICO (Quien firma contrato matrícula)**  
 (Sólo en caso de ser distinto al padre o madre debe completar este cuadro)

Nombre Completo (apellidos, nombres) \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

Teléfono casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

Domicilio, calle, N°, villa o población \_\_\_\_\_ Comuna \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Modalidad de pago

Pagaré   
 Cheque

**SALUD DEL ALUMNO(A)**

Factor RH- Grupo sanguíneo \_\_\_\_\_

- Indique si el alumno(a) ha sufrido alguna enfermedad grave anotando el año en que se produjo y cuál. \_\_\_\_\_
- Indique si el alumno (a) ha seguido o sigue algún tratamiento neurológico, psicopedagógico, fonoaudiológico, etc. ¿Cuál?.  
especificar \_\_\_\_\_
- ¿Padece alguna enfermedad crónica (enfermedad de larga duración, por lo general de progresión lenta)? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
¿Cuál? \_\_\_\_\_
- ¿Es el alumno(a) alérgico a algo? Sea específico en el caso de una respuesta afirmativa:  
\_\_\_\_\_
- ¿Presenta el alumno(a) alguna enfermedad que lo obligue a ser tratado con medicamentos específicos? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Enfermedad a tratar	Nombre del Medicamento	Dosis/ Horario

- ¿El alumno(a) ha sido operado? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿De qué? \_\_\_\_\_
- ¿El alumno(a) Tiene:
  - Problemas de Visión : SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Especificar? \_\_\_\_\_
  - Problemas de Audición : SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Especificar? \_\_\_\_\_
- Recordar que en caso de accidente escolar, conforme seguro escolar el alumno(a) es derivado al Hospital Josefina Martínez / Hospital Sotero del Río ¿En caso de no poder contactar al apoderado, está de acuerdo en que se derive directamente?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

9. A quien autoriza para retirar a su hijo(a) del Colegio en caso de evacuación, incendio u otra emergencia:

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Autoriza al Alumno(a) Enseñanza Media a retirarse solo? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Recordar que en caso de retiro dentro del horario escolar, éste debe ser formalizado previamente mediante la agenda del colegio, detallando claramente los datos de la persona que retirará al alumno(a). El adulto deberá presentarse con su Cédula de Identidad.**

El apoderado o responsable económico declara que toda la información entregada en el presente documento es fidedigna y se compromete a informar formalmente por agenda al Colegio cualquier cambio en los antecedentes aquí proporcionados. Recordar que esta información es confidencial.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE**

\_\_\_\_\_  
**RUT**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**