

FICHA PERSONAL DEL ALUMNO(A) MATRÍCULA AÑO 2026

Curso 2026: _____

Fecha en la que: _____

Nº de Matrícula Año 2026 _____

(Uso Exclusivo Colegio)

--

DATOS ALUMNO(A):

RUT: _____

Paterno

Materno

Nombres

Género

Domicilio, Nº, villa o población

Comuna

Fecha de Nacimiento

Estatura (CMS)

Peso (KG)

Teléfono casa

Teléfono Celular

En caso de emergencia avisar a

(nombre, apellidos)

Teléfono/ celular

Nº Hermanos

Con quien Vive

Colegio Procedencia en caso que sea alumno(a) nuevo

ANTECEDENTES DEL PADRE:

RUT: _____

Paterno

Materno

Nombres

Teléfono casa

Teléfono celular

Estado Civil

Profesión

Domicilio, Nº, villa o población

Comuna

Fecha de Nacimiento

E-mail

Modalidad de pago

Pagaré
Cheque

Apoderado Académico

Apoderado Responsable del pago

ANTECEDENTES DE LA MADRE:

RUT: _____

Paterno

Materno

Nombres

Teléfono casa

Teléfono celular

Estado Civil

Profesión

Domicilio, Nº, villa o población

Comuna

Fecha de Nacimiento

E-mail

Modalidad de pago

Pagaré
Cheque

Apoderado Académico

Apoderado Responsable del pago

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, Nº, villa o población	
		Comuna	
Fecha de Nacimiento	E-mail	Modalidad de pago	
		<input checked="" type="checkbox"/> Pagaré <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cheque <input checked="" type="checkbox"/>	

SALUD DEL ALUMNO(A)

Factor RH- Grupo sanguíneo _____

1. Indique si el alumno(a) ha sufrido alguna enfermedad grave anotando el año en que se produjo y cuál. _____
2. Indique si el alumno (a) ha seguido o sigue algún tratamiento neurológico, psicopedagógico, fonoaudiológico, etc. ¿Cuál?. Especificar _____
3. ¿Padece alguna enfermedad crónica (enfermedad de larga duración, por lo general de progresión lenta)? SI _____ NO _____
¿Cuál? _____
4. ¿Es el alumno(a) alérgico a algo? Sea específico en el caso de una respuesta afirmativa:

5. ¿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

6. ¿El alumno(a) ha sido operado? SI _____ NO _____ ¿De qué? _____

7. ¿El alumno(a) Tiene:

- a) Problemas de Visión : SI _____ NO _____ ¿Especificar? _____
- b) Problemas de Audición : SI _____ NO _____ ¿Especificar? _____

8. 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 _____