



Obs.  
Rector:

**FICHA DE POSTULACIÓN Y MATRÍCULA 2022**

Fecha de Postulación: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_ Postulante N°: \_\_\_\_\_

**I.- DATOS PERSONALES**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad al 31 de Diciembre del 2021: \_\_\_\_ años \_\_\_\_ meses

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

**II.- DATOS TRES ÚLTIMOS AÑOS ESCOLARES**

AÑO	CURSO	COLEGIO
COLEGIO ÚLTIMO AÑO REALIZADO		PROMEDIOS
		CAST. MAT. INGLÉS

**III.- DATOS FAMILIARES**

**1.- Nombre del Padre:** \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Nombre Empresa: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Ex-alumno: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Fono: \_\_\_\_\_

**2.- Nombre de la Madre:** \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Nombre Empresa: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Ex-alumno: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Fono: \_\_\_\_\_

**3.- Apoderado:** Padre \_\_\_\_ Madre \_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_ (completar datos, en caso que sea necesario)

**Nombre:** \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

**Fono:** \_\_\_\_\_

**4.- Personas autorizadas a retirar al alumno:**

Nombre: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**IV.- USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO**

**1.- Documentos recibidos**

Nacimiento

Informe Personalidad

Certificado Anual

*“Juntos en la Tarea de Ser Mejores”*



1.- ¿Tiene más hermanos en el Colegio? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ ¿Cuántos? \_\_\_\_

NOMBRES	CURSO

2.- ¿Ha recibido atención especializada: Psicopedagogo, Psicólogo, Psiquiatra, Neurólogo u otro especialista?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

En caso de respuesta afirmativa adjunte diagnóstico y/o tratamiento.

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

3.- Razón de su Postulación al Colegio.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.- En caso de Urgencia Médica llevar a: Hospital Regional \_\_\_\_ Clínica Atacama: \_\_\_\_

En caso de Urgencia Dental llevar a: \_\_\_\_\_

Llamar al fono:

Casa: \_\_\_\_\_ Trab. Padre: \_\_\_\_\_ Trab. Madre: \_\_\_\_\_

Celular Padre: \_\_\_\_\_ Celular Madre: \_\_\_\_\_

5.- ¿Puede ingerir medicamentos básicos para el dolor de cabeza u otros? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Observaciones relativas a la salud de su pupilo (a):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6.- Credo Religioso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma Apoderado**

*“Juntos en la Tarea de Ser Mejores”*