



“33 años entregando Educación de Excelencia”

FICHA DE POSTULACIÓN ADMISIÓN 2024

Fecha de Inscripción: _____ Curso al que postula: _____

I.- DATOS PERSONALES POSTULANTE

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____

Nombres: _____

RUT: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Nacionalidad: _____

Edad al 31 de Marzo 2024: ___ años ___ meses Sexo: _____

Dirección: _____

Teléfono Fijo: _____ E-Mail: _____

Teléfono Celular alumno (a): _____

II.- DATOS TRES ÚLTIMOS AÑOS ESCOLARES

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

III.- DATOS FAMILIARES

1.- Nombre del Padre: _____ RUT: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Estado Civil: _____ Vive con el alumno: Si ___ No ___

Título o Profesión: _____ Nombre Empresa: _____

E-Mail: _____ Ex-alumno/a: Si ___ No ___ Fono: _____

Dirección misma que el niño ___ Otra dirección _____

Apoderado 1: ___ Apoderado 2: ___ Tutor Económico: ___ (Marque con X lo que corresponda)

2.- Nombre de la Madre: _____ RUT: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Estado Civil: _____ Vive con el alumno: Si ___ No ___

Título o Profesión: _____ Nombre Empresa: _____

E-Mail: _____ Ex-alumno/a: Si ___ No ___ Fono: _____

Dirección misma que el niño ___ Otra dirección _____

Apoderado 1: ___ Apoderado 2: ___ Tutor Económico: ___ (Marque con X lo que corresponda).-

Situación familiar: De acuerdo a lo señalado en el art. 225 del Código Civil.

3.- Otro Apoderado:

“Juntos en la Tarea de Ser Mejores”

COLEGIO SAN LORENZO * SEDCOP S.A.
Callejón Pedro León Gallo N° 450 * Casilla 73 * Fono-Fax: 221184-221313
www.colegiosanlorenzo.cl * E-mail: info@colegiosanlorenzo.cl
C O P I A P Ó



“33 años entregando Educación de Excelencia”

Nombre: _____ RUT: _____
Fecha de Nacimiento: __/__/__ Estado Civil: _____ Vive con el alumno: Si __ No __
Titulo o Profesión: _____ Nombre Empresa: _____
Dirección: _____
E-Mail: _____ Fono: _____

4.- Personas autorizadas a retirar al alumno (a):

• Nombre: _____ RUT: _____
Teléfono: _____ Parentesco: _____
• Nombre: _____ RUT: _____
Teléfono: _____ Parentesco: _____

5.- ¿Tiene más hermanos en el Colegio? Si ____ No ____ ¿Cuántos? ____

NOMBRES	CURSO

IV.- ANTECEDENTES DE SALUD Y TRATAMIENTOS DEL POSTULANTE

1.- El postulante presenta o ha presentado Necesidades Educativas Especiales:

Ninguno ____ Transitorias ____ Permanentes ____
Aprendizaje ____ Psicológico ____ Neurológico ____ Fonoaudiológico ____ Otros ____
Especifique: _____

¿Estuvo en tratamiento debido a estas NEE? Si ____ No ____
¿Sigue en tratamiento debido a estas NEE? Si ____ No ____

Adjuntar Certificado con Diagnóstico Médico, con fecha de inicio y término del tratamiento (si corresponde), Informe de especialistas tratantes a la fecha de postulación.

En caso de Alumno TEA, debe adjuntar el certificado del COMPIN respectivo y/o del SENADIS.

2.- En caso de Urgencia Médica llevar a: Hospital Regional _____ Clínica Atacama _____

(El seguro escolar opera sólo en el Hospital Regional)

“Juntos en la Tarea de Ser Mejores”

COLEGIO SAN LORENZO * SEDCOP S.A.
Callejón Pedro León Gallo N° 450 * Casilla 73 * Fono-Fax: 221184-221313
www.colegiosanlorenzo.cl * E-mail: info@colegiosanlorenzo.cl
C O P I A P Ó



“33 años entregando Educación de Excelencia”

En caso de Urgencia Dental llevar a: _____

Llamar al fono:

Casa: _____ Trab. Padre: _____ Trab. Madre: _____

Celular Padre: _____ Celular Madre: _____

3.- ¿Puede ingerir medicamentos básicos para el dolor de cabeza u otros? Si ____ No ____

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

4.- Razón de su Postulación al Colegio.

5.- Credo Religioso: _____

Nota: Los datos solicitados, serán solo para uso interno del colegio, al momento de postular, y se considera como autorización suficiente de acuerdo a la ley 19.628, sobre protección de datos personales.

Nombre y Firma Apoderado

“Juntos en la Tarea de Ser Mejores”

COLEGIO SAN LORENZO * SEDCOP S.A.
Callejón Pedro León Gallo N° 450 * Casilla 73 * Fono-Fax: 221184-221313
www.colegiosanlorenzo.cl * E-mail: info@colegiosanlorenzo.cl

C O P I A P Ó