FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CURSO: \_\_° Año A Básica

MATRICULA: AÑO: 2021

FORMULARIO DE MATRÍCULA, REPÚBLICA DE LAS FILIPINAS

Dirección: JUPITER 7746, Lo Espejo

Teléfono: 224856862

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| INDIVIDUALIZACIÓN DEL ALUMNO | | |
|  |  | |
| APELLIDOS | NOMBRES | |
|  |  |  |
| RUN | **SEXO** | FECHA NACIMIENTO |
| CHILE |  |  |
| NACIONALIDAD | **RELIGIÓN** | ASCENDENCIA INDÍGENA |
|  | | SANTIAGO |
| DIRECCIÓN | | COMUNA |
|  |  | |
| TELÉFONO/CELULAR | TELÉFONO DE EMERGENCIA | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ANTECEDENTES FAMILIARES | | |
| APODERADO | | |
|  |  | |
| APELLIDOS | NOMBRES | |
|  |  |  |
| RUN | **SEXO** | TELÉFONO DE CONTACTO |
|  | | |
| DIRECCIÓN - COMUNA | | |
|  | |  |
| NIVEL EDUCACIONAL | | ACTIVIDAD |
|  | |  |
| CORREO ELECTRÓNICO | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| APODERADO SUPLENTE | | |
|  |  | |
| APELLIDOS | NOMBRES | |
|  |  |  |
| RUN | **SEXO** | TELÉFONO DE CONTACTO |
|  | | |
| DIRECCIÓN - COMUNA | | |
|  | |  |
| NIVEL EDUCACIONAL | | ACTIVIDAD |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PADRE | | |
|  |  | |
| APELLIDOS | NOMBRES | |
|  |  |  |
| RUN | **SEXO** | TELÉFONO DE CONTACTO |
|  | | |
| DIRECCIÓN - COMUNA | | |
|  | |  |
| NIVEL EDUCACIONAL | | ACTIVIDAD |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MADRE | | |
|  |  | |
| APELLIDOS | NOMBRES | |
|  |  |  |
| RUN | **SEXO** | TELÉFONO DE CONTACTO |
|  | | |
| DIRECCIÓN - COMUNA | | |
|  | |  |
| NIVEL EDUCACIONAL | | ACTIVIDAD |
|  | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ANTECEDENTES MÉDICOS Y DE SALUD | | | | |
|  | |  | | |
| SISTEMA SALUD | | CONSULTORIO (DONDE SE ATIENDE) | | |
| SI | NO | NO | NO | NO |
| P.VISUALES | **P.AUDITIVOS** | **P.CARDIACOS** | **P.DENTAL** | P.COLUMNA |
|  | |  |  | |
| ESTATURA | | **TALLA** | PESO | |
|  | |  |  | |
| CONTRAINDICACIONES MEDICAS | | **ALÉRGICO A** | GRUPO SANGUÍNEO RH | |
|  | |  | | |
| TOMA ALGÚN MEDICAMENTO | | SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD | | |
|  | | | | |
| OTRO PROBLEMA | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PROGRAMAS Y BECAS | | |
|  | **JUNAEB** |  |
|  | **JUNAEB Útiles Escolares** |
| ✔ | **JUNAEB Alimentación** |
|  | **Ficha Protección Social** |
|  | **Presidente de la República** |
|  | Chile Solidario |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SI | SI | SI | TRANSITORIO |
| EL ALUMNO ALMUERZA | **NECESITA ALMUERZO** | **HA PERTENECIDO AL PIE** | CUAL (PIE) |
|  |  |  |  |
| POSEE F.P.S | PROGRAMA 4 A 7 | RECIBE S.U.F | DIAGNÓSTICO PIE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| AUTORIZACIONES | | FIRMA |
| AUTORIZO A MI HIJO(A) A PARTICIPAR DE ACTIVIDADES EXTRA-PROGRAMATICAS Y EXTRA- ESCOLARES DENTRO Y FUERA DEL ESTABLECIMIENTO | SI |  |
| AUTORIZO A MI HIJO(A) A SER FOTOGRAFIADO Y QUE ESTAS FOTOGRAFÍAS PUEDAN SER COMPARTIDAS EN LA PÁGINA WEB DE LA ESCUELA Y EN LAS REDES SOCIALES INSTITUCIONALES | SI |  |
| EL ESTUDIANTE UTILIZARÁ TRANSPORTE ESCOLAR PROPORCIONADO POR EL ESTABLECIMIENTO | SI |  |
|  | | |
| OBSERVACIONES | | |

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **NOMBRE Y FIRMA DEL APODERADO** | **NOMBRE Y FIRMA DE ENCARGADO DE MATRICULA** |