**FICHA DE MATRÍCULA 2024**

|  |  |
| --- | --- |
| **I. DATOS DE MATRÍCULA** | |
| **MATRICULADO/A POR:** | Nombre de Persona que matricula. |
| **FECHA DE MATRÍCULA:** | 28-10-2023 |
| **CURSO AL QUE MATRICULA:** | 1° BÁSICO |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE** | | | | | |
| **Apellido Paterno** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | |
| **Apellido Materno** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | |
| **Nombres** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | |
| **Rut** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | |
| **Edad** | EDAD. | **Fecha Nacimiento** | | FECHA NACIMIENTO. | |
| **Ciudad De Nacimiento** | CIUDAD NAC | **Nacionalidad** | | NACIONALIDAD. | |
| **Sexo Biológico** | Elija un elemento. | | | | |
| **Identidad De Género** | Elija un elemento. | | **Otro:** Haga clic aquí para escribir. | | |
| **Dirección** | Dirección. | | **Comuna** | | Comuna. |
| **Etnia** | Elija un elemento. | | | | |
| **Colegio de Procedencia** | Colegio de Procedencia. | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II. ANTECEDENTES DE SALUD** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Estatura** | Estatura. | | **Peso** | Estatura. | | | | | | | **Grupo Sanguíneo** | Grupo Sang. | | | | |
| **Alergias a Medicamentos** | | | Alergia a medicamentos. | | | | | | | | | | | | | |
| **Medicamentos Contraindicados** | | | Medicamentos Contraindicados | | | | | | | | | | | | | |
| **Medicamentos que ingiere** | | | Medicamentos que ingiere. | | | | | | | | | | | | | |
| **Sistema de Previsión** | | | Elija un elemento. **Otro:** Haga clic aquí para escribir. | | | | | | | | | | | | |  |
| **Se atiende en:** | | | Elija un elemento. | | | | | | |  | | | **Otro:** Escriba aquí. | | | |
| **Presenta condición médica:** | | | Elija un elemento. | | | | | | **¿Apto para recibir clases de Ed. Física?** | | | | | Elija un elemento. | | |
| **Si Presenta condición médica, ésta es de tipo:** | | | **Visual**  **Lumbar**  **Auditiva**  **Respiratoria**  **Cardíaca**  **Otra:** Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | | | | | | | | |  |
|  |
|  |
| **Si Presenta condición médica ¿Recibe**  **tratamiento(s) actualmente?** | | | Si/no | |  | **De recibir tratamiento(s), ¿de qué área son los especialistas?**  Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | | | | |  | |
| **Presenta neurodivergencia:** | | | Elija un elemento. | | | | | | | | | | | | | |
| **Si Presenta neurodivergencia, señalar cuál:** | | | **Autismo**  **Déficit Atencional**  **Dislexia**  **Disgrafía**  **Síndrome Tourette**  **Dispraxia**  **Bipolaridad**  **Trastorno Ansiedad** | | | | | | | **Esquizofrenia**  **Depresión**  **Trastorno Lenguaje**  **Trastorno Obsesivo Compulsivo**  **Dificultad Procesamiento Sensorial**  **Discapacidad Intelectual**  **Otra, ¿Cuál?:** Escriba aquí. | | | | | | |
| **Si Presenta neurodivergencia,**  **¿Recibe tratamiento(s) actualmente?** | | Si/no. | | | | |  | **De recibir tratamientos, ¿de qué área son los especialistas?**  Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **III. ANTECEDENTES SITUACIÓN COVID-19** | |
| **¿CUENTA CON VACUNA COVID?** | Elija un elemento. |
| **CANTIDAD DE VACUNAS COVID 19** | Escriba el número. |
| **ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN COVID 19** | Elija un elemento. |
| **FECHA ÚLTIMA VACUNA COVID 19** | Escriba aquí |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IV. ANTECEDENTES GRUPO FAMILIAR** | | | | | | |
| **N° PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR** | | Escriba el número. | | | | |
| **HERMANOS EN EL COLEGIO (INDICAR EL CURSO)** | | **Sí, curso:** indique el curso. | | | | **No** |
| **QUIEN PUEDE RETIRAR AL ESTUDIANTE** | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | |
| **FORMA DE TRASLADO AL COLEGIO** | Elija un elemento. | | | | | |
| **VIVIENDA PROPIA O ARRENDADA** | Elija un elemento. | | **VEHÍCULO PROPIO** | | Elija un elemento. | |
| **ESTUDIANTE TIENE ACCESO A CELULAR DENTRO DEL HOGAR** | | | | Elija un elemento. | | |
| **ESTUDIANTE TIENE ACCESO A COMPUTADOR DENTRO DEL HOGAR** | | | | Elija un elemento. | | |
| **ESTUDIANTE TIENE ACCESO A INTERNET DENTRO DEL HOGAR** | | | | Elija un elemento. | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **V. ANTECEDENTES DE LA MADRE** | | | | | | | | | | | |
| **Apellido Paterno** | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | | | | | |
| **Apellido Materno** | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | | | | | |
| **Nombres** | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | | | | | |
| **Rut** | | RUT. | | **Edad** | Edad | | **Fecha Nacimiento** | | Escriba fecha. | | |
| **Dirección** | | Dirección | | | | | **¿Vive con el/la estudiante?** | | | | Elija un elemento. |
| **Teléfono(s) de Contacto** | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | | | | | |
| **Correo Electrónico** | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | | | | | |
| **Nivel Educacional** | | Elija un elemento. | | | | | | | | | |
| **Profesión/Oficio** | Escriba aquí | | **Trabajo que desempeña** | | | Escibe aquí | | **Lugar Trabajo** | | Escriba aquí | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VI. ANTECEDENTES DEL PADRE** | | | | | | | | | | | |
| **Apellido Paterno** | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | | | | | |
| **Apellido Materno** | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | | | | | |
| **Nombres** | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | | | | | |
| **Rut** | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | **Edad** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | **Fecha Nacimiento** | | Escriba fecha. | | |
| **Dirección** | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | **¿Vive con el/la estudiante?** | | | | Elija un elemento. |
| **Teléfono(s) de Contacto** | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | | | | | |
| **Correo Electrónico** | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | | | | | |
| **Nivel Educacional** | | Elija un elemento. | | | | | | | | | |
| **Profesión/Oficio** | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | **Trabajo que desempeña** | | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | **Lugar Trabajo** | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VII. ANTECEDENTES DEL APODERADO TITULAR** | | | | | | | | |
| **Apellido Paterno** | | Escriba aquí | | | | | | |
| **Apellido Materno** | | Escriba aquí | | | | | | |
| **Nombres** | | Escriba aquí | | | | | | |
| **Parentesco** | | Elija un elemento. | | | | | **Otro:** Escribir. | |
| **Rut** | Escriba aquí | | **Edad** | | Escriba aquí | **Fecha Nacimiento** | | Escriba aquí |
| **Dirección** | | Escriba aquí | | | | | | |
| **Teléfono(s) de Contacto** | | Escriba aquí | | | | | | |
| **Correo Electrónico** | | Escriba aquí | | | | | | |
| **Autorizado para retirar al estudiante** | | | | Elija un elemento. | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VIII. ANTECEDENTES DEL APODERADO SUPLENTE** | | | | | | | | |
| **Apellido Paterno** | | Escriba aquí | | | | | | |
| **Apellido Materno** | | Escriba aquí | | | | | | |
| **Nombres** | | Escriba aquí | | | | | | |
| **Parentesco** | | Elija un elemento. | | | | | **Otro:** Escribir. | |
| **Rut** | Escriba aquí. | | **Edad** | | Escriba aquí | **Fecha Nacimiento** | | Fecha nacimiento. |
| **Dirección** | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | | |
| **Teléfono(s) de Contacto** | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | | |
| **Correo Electrónico** | | Haga clic o pulse aquí para escribir texto. | | | | | | |
| **Autorizado para retirar al estudiante** | | | | Elija un elemento. | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IX. EMERGENCIAS** | | |
| **En caso de emergencia llamar a:** | | |
| **Nombre** | **Teléfono** | **Parentesco** |
| Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Elija un elemento. |
| Haga clic aquí para escribir texto. | Haga clic aquí para escribir texto. | Elija un elemento. |

|  |  |
| --- | --- |
| **XI. FOTOGRAFÍAS 2024** | |
| **Autorización para tomar fotos de el/la estudiante en todo tipo de celebraciones, actos y actividades**  **pertenecientes al Establecimiento, para que a su vez, éstas puedan ser publicadas en la página web del Colegio, redes sociales y murales destacados.** | **Autoriza**  Elija un elemento. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **XII. CLASES DE RELIGIÓN** | | | |
| **Religión a la que pertenece:** | Escriba aquí | **Opta por clases de Religión:** | Elija un elemento. |

**DECLARACIÓN Y COMPROMISOS**

**Previa la formalización de la matrícula para el año 2024, declaro haber tomado conocimiento, estar de acuerdo y comprometerme con los siguientes puntos:**

1. **Proyecto Educativo Institucional**
2. **Reglamento de Convivencia Escolar**
3. **Reglamento de Evaluación y Promoción Escolar**
4. **Carácter Obligatorio del Pago Mensual de la Escolaridad**
5. **Firmar Pagaré de Prestación de Servicios**
6. **Participación y Compromiso activo de Padres, Apoderados y Estudiantes en las actividades y Actos del Colegio**
7. **Asistir a las reuniones de apoderados y citaciones que el Colegio solicite**
8. **Como apoderado del Colegio Capianni, y de acuerdo al Reglamento de Convivencia, ME COMPROMETO A RESPETAR Y ACATAR LO SIGUIENTE:**
   * **Respetar el conducto regular ante cualquier inquietud, sugerencia o reclamo.**
   * **Otorgar un trato respetuoso a todos los miembros de la comunidad educativa**
   * **Justificar las inasistencias de mi pupilo/a. Si éstas están relacionadas con su salud, presentar los certificados médicos respectivos.**
   * **Actualizar permanentemente la dirección y teléfonos del estudiante y apoderado**
   * **Me comprometo a tener puntualidad en la hora de llegada a la jornada escolar, evitando atrasos.**
   * **Que las convivencias, colaciones, almuerzos y todo tipo de alimentos deben ser saludables.**
   * **Me comprometo y responsabilizo a no hacer mal uso de la información, fotografías y/o videos que tome y/o grabe durante actos o actividades pertenecientes al colegio**
   * **Declaro haber recibido conforme el reglamento de evaluación y promoción escolar, reglamento de convivencia escolar y proyecto educativo institucional.**

**Declaro estar de acuerdo y autorizar todo lo expuesto en este documento.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Escriba aquí. |  | Escriba aquí. |  |  |
| **Nombre Apoderado/a** |  | **RUT** |  | **Firma Apoderado/a** |