**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** |