



FICHA DE MATRICULA AÑO 2023

COLEGIO SAN IGNACIO DE TALCA

CURSO:

BASICA
 MEDIA

Fecha de matricula

ANTECEDENTES DEL ALUMNO

Empty box for student details

Nombres

Apellido Paterno

Apellido Materno

RUT

Nacido el

en

DIA MES AÑO CIUDAD

Empty box for address

Domiciliado en

Nacionalidad

Correo Electrónico Apoderado titular

Colegio de Procedencia

Cursos que ha repetido

(EN CASO DE ALUMNOS ANTIGUOS INDICAR AÑO DE INGRESO AL COLEGIO)

ANTECEDENTES FAMILIARES

Nombre del Padre:

RUT Padre: Vive con el alumno: SI..... NO.....

E-mail padre: Teléfono.....

Escriba con letra legible

Profesión u Oficio: Nacionalidad.....

ES APODERADO DEL ALUMNO: SI..... NO.....

Nombre de la Madre:

RUT Madre: Vive con el alumno: SI..... NO.....

E-mail madre: Teléfono.....

Escriba con letra legible

Profesión u Oficio I: Nacionalidad.....

ES APODERADO DEL ALUMNO: SI..... NO.....

Dirección para envió de correspondencia.....

Hermanos/as en nuestro colegio (indique nombre y curso):

.....
.....
.....

APODERADO TITULAR

Nombre..... RUT.....

Parentesco con el alumno..... Teléfono.....

Vive con el alumno: SI..... NO.....

APODERADO(S) SUPLENTE(S) (PERSONAS AUTORIZADAS A RETIRAR O JUSTIFICAR AL ALUMNO, EXCEPTO PADRE O MADRE)

❖ Nombre:RUT.....

Parentesco con alumno: Teléfono:.....

❖ Nombre:RUT.....

Parentesco con alumno: Teléfono:.....

EN RELACIÓN AL ALUMNO:

Padece alguna enfermedad: SI..... NO..... ¿Cuál?

Toma algún medicamento: SI..... NO..... ¿Cuál?

Es alérgico: SI..... NO..... ¿A qué?.....

Presenta algún impedimento para realizar Educación Física: SI NO

¿Cuál?..... cuenta con Cert. Médico SI NO

Está en tratamiento: Psicológico Psicopedagógico Neurológico

Otro (indique cual)

Presenta certificado SI NO

Grupo sanguíneo.....

Sistema de salud (marcar con una x)

Fonasa	<input type="checkbox"/>	Isapre	<input type="checkbox"/>	No tiene	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
INDICAR				INDICAR			

• En caso de accidente, su hijo(a) cuenta con seguro escolar que cubre únicamente en el Hospital Regional de Talca, usted desea utilizarlo en caso de ser necesario o desea llevarlo a una clínica o centro médico, donde usted se haría cargo de los costos quedando sujeto a su propia responsabilidad.

Si deseo utilizarlo..... No deseo utilizarlo.....

Nombre de clínica o centro médico.....

• En caso de accidente de extrema gravedad, si el colegio no logra contacto con el teléfono informado anteriormente, se llevará al alumno(a) al Hospital Regional de Talca.

Estoy de acuerdo SI..... NO.....
Firma apoderada Firma apoderada

Cuando se realicen actividades pedagógicas o extra programáticas, autoriza la publicación de fotografías o videos de su pupilo/a en nuestras plataformas digitales.

Estoy de acuerdo SI..... NO.....
Firma apoderada Firma apoderada

Nombre del funcionario que realiza matrícula

.....
Nombre

.....
Firma Apoderado