



FICHA :

Postulación

FECHA DE POSTULACIÓN

Nº DE MATRICULA _____

IDENTIFICACION DEL ALUMNO(A)

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

RUT:

SEXO

DIRECCION

CURSO AL QUE POSTULA

ULTIMO AÑO CURSADO APROBADO..... REPROBADO.....RETIRADO.....

IDENTIFICACION APODERADO 1

NOMBRE

PARENTESCO

FECHA DE NACIMIENTO

RUT:

DIRECCION PARTICULAR

TELEFONO FIJO

ACTIVIDAD O PROFESIÓN

DIRECCION COMERCIAL

TELEFONO FIJO COMERCIAL

TELEFONO CELULAR

CORREO ELECTRONICO

*La firma o llenado y/o pago de la matrícula, constituye una aceptación explícita

de las normas de nuestro Reglamento de Convivencia, Reglamento de evaluación y los derechos y obligaciones que establece nuestro contrato de Prestación de servicios educacionales así como todo anexo que nuestra Institución educativa estime dentro de su autonomía cómo necesaria en tiempo y forma.

IDENTIFICACION APODERADO 2

NOMBRE
PARENTESCO
FECHA DE NACIMIENTO
RUT:
DIRECCION PARTICULAR
TELEFONO FIJO
ACTIVIDAD O PROFESIÓN
DIRECCION COMERCIAL
TELEFONO FIJO COMERCIAL
TELEFONO CELULAR
CORREO ELECTRONICO

EL ALUMNO VIVE CON

MADRE
PADRE
HERMANOS
ABUELOS MATERNOS
ABUELOS PATERNOS
PARIENTES
OTROS

PRESENTA CERTIFICADOS DE ESPECIALISTA (actualizado)

PSICOPEDAGOGICO
NEUROLÓGO
PSICOLÓGO
OTROS

**ANTECEDENTES
COMPLEMENTARIOS**

ENFERMERDADES IMPORTANTES.....
.....

*La firma o llenado y/o pago de la matrícula, constituye una aceptación explícita

de las normas de nuestro Reglamento de Convivencia, Reglamento de evaluación y los derechos y obligaciones que establece nuestro contrato de Prestación de servicios educacionales así como todo anexo que nuestra Institución educativa estime dentro de su autonomía cómo necesaria en tiempo y forma.

PRESENTA DOLORES DE CABEZA, ESTOMAGO, U OTROS

PRESENTA ALGUN DIAGNOSTICO DE ESPECIALISTA.....

PRESENTA ALGUN TIPO DE ALERGÍA.....

¿TOMA ALGÚN FÁRMACO RECETADO POR?.....

.....¿CUÁL?.....

Será responsabilidad del apoderado llevar ficha médica y reconoce la veracidad de los datos proporcionados.

FIRMA APODERADO

RUT:

Será responsabilidad del apoderado llevar ficha médica y reconoce la veracidad de los datos proporcionados.

*La firma o llenado y/o pago de la matrícula, constituye una aceptación explícita

de las normas de nuestro Reglamento de Convivencia, Reglamento de evaluación y los derechos y obligaciones que establece nuestro contrato de Prestación de servicios educacionales así como todo anexo que nuestra Institución educativa estime dentro de su autonomía cómo necesaria en tiempo y forma.

*La firma o llenado y/o pago de la matrícula, constituye una aceptación explícita

de las normas de nuestro Reglamento de Convivencia, Reglamento de evaluación y los derechos y obligaciones que establece nuestro contrato de Prestación de servicios educacionales así como todo anexo que nuestra Institución educativa estime dentro de su autonomía cómo necesaria en tiempo y forma.