**FICHA DE MATRÍCULA AÑO ESCOLAR 2022**

 CURSO: \_\_\_\_ BSC\_\_\_\_\_\_AÑO:2022 FECHA DE MATRÍCULA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

 FECHA DE RETIRO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

**1.- DATOS DEL ALUMNO:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_EDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_\_\_\_

 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_. NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RUT/IPE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_

PERTENECE A ALGUNA ETNIA: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ CÚAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOMICILIO: CALLE O AVDA.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COMUNA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. CIUDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_REGIÓN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VIVE CON: PADRE\_\_\_\_\_\_MADRE\_\_\_\_\_\_ AMBOS\_\_\_\_\_\_\_OTRO(S) ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 NÚMERO DE HERMANOS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HERMANOS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.- DATOS DEL APODERADO:**

NOMBRE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RUT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOMICILIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_COMUNA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELÉFONO CASA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TELÉFONO MÓVIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TRABAJO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROFESIÓN U OFICIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LUGAR DE TRABAJO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CORREO ELECTRÓNICO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3.- DATOS DE LOS MADRE:**

**NOMBRE DEL PADRE**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RUT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 DOMICILIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_COMUNA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 TELÉFONO CASA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TELÉFONO MÓVIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TRABAJO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 PROFESIÓN U OFICIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_LUGAR DE TRABAJO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ESCOLARIDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4.- NOMBRE DEL PADRE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**RUT:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 DOMICILIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ COMUNA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 TELÉFONO CASA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELÉFONO MÓVIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_TRABAJO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 PROFESIÓN U OFICIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LUGAR DE TRABAJO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ESCOLARIDAD:\_\_\_\_\_\_\_\_\_CORREO ELECTRÓNICO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5.- SALUD DEL (LA) ESTUDIANTE (MARQUE CON X):**

* HA ESTADO EN TRATAMIENTO: NEUROLÓGICO\_\_\_\_\_\_\_\_\_PSICOPEDAGÓGICO\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PSICOLÓGICO\_\_\_\_\_\_
* OTRO:(ESPECIFIQUE): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EN EN LA ACTUALIDAD SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO: SÍ(ESPECIFIQUE)\_\_\_\_\_\_\_ NO:\_\_\_\_
* POSEE CONTRAINDICACIÓN MÉDICA PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA Y/O DEPORTIVA: SÍ \_\_ NO\_\_\_. RECORDAR QUE EN EL CASO DE HABER SOLICITUD MEDICA, ESTA DEBE REFRENDARSE CON INFORME.
* ES ALÉRGICO A ALGÚN REMEDIO O ALIMENTO(ESPECIFIQUE):­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_

**6.- CONTACTO EN CASO DE URGENCIA: EN CASO DE UNA EMERGENCIA COMUNICAR A :**

NOMBRE.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FONO EMERGENCIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PERSONA QUE PUEDE RETIRAR AL ESTUDIANTE EN CASO DE EMERGENCIA (ADEMÁS DEL APODERADO):

NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RUT.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **8.- ¿Posee conectividad a internet?** | **SI** | **NO** | **¿Qué conocimientos posee de internet?** | **Ninguno: \_\_\_\_\_****Básico: \_\_\_\_\_****Alto: \_\_\_\_\_** |  |
| **9.- ¿Qué aparato tecnológico posee para conectarse a Internet?** | **Teléfono: \_\_\_\_ Tablet: \_\_\_\_\_ Computador:\_\_\_\_\_\_ Ninguno:\_\_\_\_\_** |

**DERECHO Y DEBERES DE LOS APODERADOS**

Los Apoderados titulares de la Escuela Las Américas declaran haber recibido en correo asociado, copias de:

 (Marcar con x)

|  |  |
| --- | --- |
| Reglamento Interno |  |
| Protocolo Covid |  |
| Reglamento de Evaluación  |  |
| Decreto evaluación. |  |

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

Firma del Apoderado

**USO DE ALIMENTACIÓN**

El servicio de alimentación es un beneficio que entrega el Estado de Chile a las familias vulnerables. No es un servicio que la Escuela organice o administre. Como escuela necesitamos saber si pupilo hará uso del servicio de alimentación.

SI= \_\_\_\_\_ NO=\_\_\_\_.

**AUTORIZACIÓN DERECHO DE IMAGEN.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Documentación  | SI | NO |
|  **AUTORIZACIÓN DERECHO DE IMAGEN** |  |  |

El apoderado autoriza a la Escuela Las Américas al uso, reproducción y/o emisión de material audiovisual (videos, afiches, folletos) sin fines comerciales.

 (Marcar con x)

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

 Firma del apoderado.

**PROCESO DE ELECTIVIDAD**

 Con el propósito de dar cumplimiento con los Planes y Programas de estudio establecidos por el Ministerio de Educación, Marque con una X la opción de su preferencia para la clase de Religión

.

|  |  |
| --- | --- |
| Propuesta  | Preferencia  |
| Opto por clases de Religión |  |
| Opto por taller de formación valórica.  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma Apoderado**

**RETIRO DE DOCUMENTOS**

**Declaro que retiro en forma voluntaria todos los documentos resguardados en la ficha de matrícula y los generados en el presente año escolar.**

**NOMBRE (PERSONA QUE RETIRA) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RUT\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_ FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ 20\_\_\_\_**