



# FICHA DE MATRÍCULA AÑO ESCOLAR 2024

CURSO: \_\_\_\_ BSC \_\_\_\_ AÑO:2024

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: \_\_\_\_\_

VIVE CON: PADRE \_\_\_\_ MADRE \_\_\_\_ AMBOS \_\_\_\_ OTRO(S) ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

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

MEDIO DE TRANSPORTE HACIA EL COLEGIO: \_\_\_\_\_

## 2.- DATOS DEL APODERADO:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

3.-NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_ 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 LA ACTUALIDAD SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO: Sí: \_\_\_\_ NO: \_\_\_\_ MOTIVO: \_\_\_\_\_

• ES ALÉRGICO A ALGÚN REMEDIO O ALIMENTO(ESPECIFIQUE): \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_

SI SU PUPILO POSEE CONTRAINDICACIÓN MÉDICA PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA Y/O DEPORTIVA ESTO DEBE REFRENDARSE CON INFORME MÉDICO QUE DEBE PRESENTAR A UTP. SIN EMBARGO, ESTO NO SIGNIFICARÁ LA EXIMICIÓN DE LA ASIGNATURA.

## 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.: \_\_\_\_\_



### DERECHO Y DEBERES DE LOS APODERADOS/AS

Los apoderados/as declaran **adherirse** al Proyecto Institucional de la Escuela. Además de **aceptar y acatar** las disposiciones del **Reglamento Interno y Protocolos** vigentes del establecimiento. Estos documentos se pueden descargar desde la página web [www.escuelalasalasamericas.cl](http://www.escuelalasalasamericas.cl), y para todos los efectos se considerarán conocidos por el apoderado/a. En especial, para el año 2024 se exigirá cumplir todas las disposiciones del reglamento interno y de convivencia escolar **en lo referido a enviar al estudiante a clases todos los días, la obligación del uso del uniforme, correcta presentación personal, puntualidad de su pupilo(a), conducta, asistencia a todas las reuniones de apoderados/as y citaciones de la escuela.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Apoderado

### USO DEL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR

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.

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)

Documentación	SI	NO
<b>AUTORIZACIÓN DERECHO DE IMAGEN</b>		

\_\_\_\_\_  
Firma del apoderado.

### PROCESO DE ELECTIVIDAD

Con el propósito de dar cumplimiento a los Planes y Programas de estudio establecidos por el Ministerio de Educación, Marque con una X la opción de su preferencia para la implementación de un espacio de reflexión sobre la espiritualidad o de formación valórica. Solo se implementará la opción de mayoría:

Propuesta Implementación 2024	Opción
Opto por clases de Religión	
Opto por clases de formación Integral.	

\_\_\_\_\_  
Firma Apoderado

### RETIRO DE DOCUMENTOS

Declaro que en forma voluntaria retiro 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 \_\_\_\_\_