



## FICHA DE MATRÍCULA AÑO ESCOLAR 2026

CURSO: \_\_\_\_ BSC \_\_\_\_ AÑO: 202 \_\_\_\_ 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 PUPILLO 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.escuelasamericas.cl](http://www.escuelasamericas.cl), y para todos los efectos se considerarán conocidos por el apoderado/a. En especial, para el año 2026 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 2026	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 \_\_\_\_\_