



FICHA DE MATRÍCULA

Colegio Belén O'Higgins - Proceso matrícula año 2025.

Curso

USO INTERNO

N° Matrícula: _____ Fecha Matrícula: _____ Fecha de ingreso al colegio: _____

1. DATOS DEL ALUMNO:

Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Nombres:		Edad:	Rut:
F. Nacimiento / /	Nacionalidad:		Sexo:
Pueblo originario (cuál):		Religión (cuál):	
Dirección:			Comuna:

2. CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre:	Teléfono:
---------	-----------

3. DATOS DEL APODERADO (académico):

Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Nombres:		Rut:	
F. Nacimiento: / /	Teléfono:		Ocupación:
Dirección:			Comuna:
Escolaridad:		Email:	
Estado Civil:		Parentesco:	Nacionalidad:

4. DATOS DEL APODERADO (secundario):

Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Nombres:		Rut:	
F. Nacimiento: / /	Teléfono:		Ocupación:
Dirección:			Comuna:
Escolaridad:		Email:	
Estado Civil:	Autorizado para retirar: <input type="checkbox"/>	Parentesco:	Nacionalidad:

5. PADRE:

Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Nombres:		Rut:	
F. Nacimiento: / /	Teléfono:		Ocupación:
Dirección:			Comuna:
Escolaridad:		Email:	
Estado Civil:	Autorizado para retirar: <input type="checkbox"/>	Nacionalidad:	

6. MADRE

Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Nombres:		Rut:	
F. Nacimiento: / /	Teléfono:		Ocupación:
Dirección:			Comuna:
Escolaridad:		Email:	
Estado Civil:	Autorizado para retirar: <input type="checkbox"/>	Nacionalidad:	

7. ANTECEDENTES FAMILIARES:

Vive con: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar:	
Número de hermanos:	Lugar que ocupa entre los hermanos:
Hermanos en el colegio: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> cuantos:	
Nombre	Curso
Nombre	Curso
Nombre	Curso

8. INFORMACIÓN DE SALUD:

Grupo sanguíneo:	Sistema de salud:
Alergia a algún medicamento y/o alimento (cuál):	
Patología o enfermedad crónica (cuál)	
Impedimento para realizar educación física:	Certificado médico: <input type="checkbox"/>

USO INTERNO

Curso (año 2023):					
Programa integración (PIE)	Sí	No	Programa de Alimentación Escolar (PAE):	Sí	No
Diagnóstico:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alumno Prioritario: <input type="checkbox"/>	Alumno Preferente: <input type="checkbox"/>		Colegio de Procedencia:		
Repitente:	Sí	No	Cursos Reprobados:		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Observación:

COMPROMISO DEL APODERADO CON EL REGLAMENTO ESCOLAR

Fecha: ____/____/____

Yo, _____ Rut: _____ - _____

me adhiero al Proyecto Educativo Institucional del Colegio Belén O’Higgins y declaro que he recibido y tomado conocimiento de su Reglamento de Convivencia Escolar, el que me comprometo a respetar, cumplir y hacer cumplir y aceptar sin condiciones ni objeciones, las medidas disciplinarias que corresponda aplicar ante su incumplimiento, incluyéndome a mí como adulto y por supuesto a mi pupilo/a, actuando yo en su representación.

***CONSENTIMIENTO PARA LA TOMA DE IMÁGENES:**

Por la presente, doy mi consentimiento para que a mi estudiante se le puedan tomar Imágenes. El término “imagen” incluye video o fotografía. Autorizo a que estas imágenes puedan ser utilizadas en materiales educativos, presentaciones, sitios web y redes sociales con el objetivo de promover actividades educativas y culturales, y que puede ser identificado(a) en las mismas en caso de ser necesario.

Firma del apoderado: _____