



SOLICITUD DE REMATRICULA 2021

ALUMNO

N° Matrícula (Uso interno)

APELLIDO PATERNO:					MATERNO:										
NOMBRES:															
RUT:			FECHA NACIMIENTO:			LUGAR DE NACIMIENTO:									
ESPECIFIQUE CURSO AL QUE POSTULA:			PRE-BÁSICA:			PG	PK	K	ED. BÁSICA	1°	2°	3°	4°	5°	6°
									ED. MEDIA	7°	8°	1°	2°	3°	4°
DIRECCIÓN:					N°		DEPTO:								
COMUNA:			FONO FIJO			CELULAR:									
ISAPRE			FONASA			EMERGENCIA MOVIL									

MADRE

APELLIDO PATERNO:					MATERNO:										
NOMBRES:					RUT:			CELULAR:							
DIRECCIÓN:					N°		DEPTO:			CIUDAD:					
PROFESIÓN					E-MAIL:										
FONO OFICINA:					CELULAR:										
APODERADO ACADÉMICO:			APODERADO FINANCIERO:			ESTADO CIVIL:									

PADRE

APELLIDO PATERNO:					MATERNO:										
NOMBRES:					RUT:			CELULAR:							
DIRECCIÓN:					N°		DEPTO:			CIUDAD:					
PROFESIÓN					E-MAIL:										
FONO OFICINA:					CELULAR:										
APODERADO ACADÉMICO:			APODERADO FINANCIERO:			ESTADO CIVIL:									

APODERADOS

ACADÉMICO		PARENTESCO:													
APELLIDO PATERNO:					MATERNO:										
NOMBRES:					RUT:			CELULAR:							
DIRECCIÓN:					N°		DEPTO:			CIUDAD:					
PROFESIÓN					E-MAIL:										
FONO OFICINA:					CELULAR:										

FINANCIERO

FINANCIERO		PARENTESCO:													
APELLIDO PATERNO:					MATERNO:										
NOMBRES:					RUT:			CELULAR:							
DIRECCIÓN:					N°		DEPTO:			CIUDAD:					
PROFESIÓN					E-MAIL:										
FONO OFICINA:					CELULAR:										
MODALIDAD DE PAGO COLEGIATURA 2021:			CONTADO	<input type="checkbox"/>	PAC	<input type="checkbox"/>	PAT	<input type="checkbox"/>							

SITUACIÓN

ALUMNO VIVE CON	PADRE Y MADRE	MADRE	PADRE
-----------------	---------------	-------	-------

OTRO (especifique)

PADRES SEPARADOS	MADRE FALLECIDA	PADRE FALLECIDO	ALUMNO
------------------	-----------------	-----------------	--------

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

NOMBRE:	PARENTESCO:	FONO:
---------	-------------	-------

NOMBRE:	PARENTESCO:	FONO:
---------	-------------	-------

DECLARACIÓN DE SALUD:

IMPEDIMENTOS FÍSICOS PARA VIDA ESCOLAR REGULAR (DIABETES, OTROS)	SI:	NO:
--	-----	-----

IMPEDIMENTOS FÍSICOS PARA EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTES:	SI:	NO:
--	-----	-----

En caso de responder afirmativamente a una o ambas situaciones, deberá remitir el certificado médico que lo acredite, especificando diagnóstico y tratamiento a más tardar en el mes de Marzo del Año Escolar 2021.

SI EL ALUMNO ESTÁ O HA ESTADO EN TRATAMIENTO, COMPLETE EL RECUADRO CORRESPONDIENTE, INDICANDO FECHA CUANDO CORRESPONDA:

DESDE (fecha)**HASTA (fecha)**

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

TRATAMIENTO NEUROLÓGICO

TRATAMIENTO FONOAUDIOLÓGICO

OTROS (ESPECIFIQUE)

En caso de responder afirmativamente a una o ambas situaciones, deberá remitir el certificado del especialista especificando diagnóstico y tratamiento a más tardar en el mes de Marzo del Año Escolar 2021.

EN CASO DE PRODUCIRSE CUALQUIER CAMBIO EN EL ESTADO DE LOS ANTECEDENTES ENTREGADOS EN ESTA FICHA, EL APODERADO DEBERÁ ACERCA INMEDIATAMENTE AL COLEGIO PARA ACTUALIZAR LOS DATOS.

NOMBRE**FIRMA****FECHA:**