



FICHA DE MATRICULA.

IDENTIFICACION DEL ALUMNO.

Apellido Paterno	Materno	Nombres	
Fecha Nacimiento: (_____) (_____)	(_____)	(_____)	
Dia	Mes	Año	
Edad: _____	Nacionalidad: _____	Región: _____ Cuidad de Nacimiento: _____	
Domicilio: _____	Comuna: _____		
El alumno vive con: _____ Padre	_____ Madre	_____ Abuelos	_____ Otro (con quien) _____
El/la estudiante pertenece a algún pueblo originario o Extranjero: _____			

ANTECEDENTES ESCOLARES:

Procedencia: _____ Cursos que ha repetido: _____
¿Hermanos en el Colegio? Si Cursos: _____ No Alumno Prioritario: _____ Preferente: _____

APODERADO:

Apellido Paterno	Materno	Nombres	R.U.N: _____
Parentesco: _____		Fecha de Nacimiento: _____	Edad: _____
Profesion / Oficio : _____		Lugar de Trabajo : _____	Estado Civil _____
Domicilio: _____		Comuna: _____	
Correo Electrónico: _____		Escolaridad: _____	
Celular: _____	Isapre: _____	Fonasa: _____	Letra: _____
		Otro: _____	

APODERADO SUPLENTE:

Nombre _____ R.U.N: _____ Parentesco _____
Domicilio: _____ Comuna : _____ Celular _____

ANTECEDENTES FAMILIARES.

Padre

Apellido Paterno	Materno	Nombres	R.U.N:
Fecha de Nacimiento:	Edad :	Estado Civil:	
Profesión / Oficio:	Lugar de Trabajo:		
Domicilio:	Comuna:		
Correo Electrónico:	Escolaridad:		
Celular:	Isapre:	Fonasa:	Letra: Otro:



Madre

R.U.N: _____

Apellido Paterno	Materno	Nombres
Fecha de Nacimiento:	Edad :	Estado Civil:
Profesión / Oficio:	Lugar de Trabajo:	
Domicilio:	Comuna:	
Correo Electrónico:	Escolaridad:	
Celular:	Isapre:	Fonasa: Letra: _____ Otro: _____

ANTECEDENTES DE SALUD

Información relevante o algún diagnóstico previo psicológico, neurológico, fonoaudiológico u otro que deseé dar a conocer al establecimiento (esta información se utilizará en pro al bien superior del estudiante).

¿Mi hijo (a) a la fecha posee una enfermedad crónica? Sí _____ No _____
¿cuál? _____

Alergia a **Medicamentos**: ____ Sí ____ No Alergia a **Alimentos**: ____ Sí ____ No.
Medicamentos contraindicados _____
Peso (Kg): _____ Estatura (Cm): _____ Grupo Sanguíneo: _____
Cuenta con vacunas Covid : ____ Sí ____ No ¿Posee sus esquemas completos ? ____ Si ____ No.
Fecha ultima Vacuna Covid : _____
¿El alumno es apto para educación Física? ____ Sí ____ No

COMPROMISO ESCOLAR

Yo, _____, R.U.N _____ apoderado(a) de _____ Quien durante el año 2026 cursará el _____ Año Básico, al matricular a mi hijo(a) en el **Colegio Altas Cumbres**, admito haber sido informado(a) de todos los reglamentos internos vigentes del establecimiento tales como: Proyecto Educativo Institucional (P.E.I), Reglamento de Evaluación y Promoción Escolar y Reglamento de Convivencia Escolar. Así mismo, pongo de manifiesto que al matricular a mi hijo (a) en este Establecimiento, cumplo con mi derecho preferente de elegir el establecimiento educacional que se ajusta a nuestras prioridades como familia, ya que me alineo a los sellos, misión, visión y objetivos de esta institución Educativa. Considerando lo anterior es que nos comprometemos a promover el cumplimiento de las normas y derechos que nos regulan ya que son de conocimiento público.

Firma Apoderado (a)

En San Clemente, a _____ de _____ del Año 202_____