



Colegio Altas Cumbres
San Clemente
Fono : 712620543

CURSO AÑO 2026 _____

FICHA DE MATRICULA.

IDENTIFICACION DEL ALUMNO.

Apellido Paterno	Materno	Nombres
Fecha Nacimiento: (_____) (_____) (_____) R.U.N: _____		
Día Mes Año		
Edad: _____ Nacionalidad: _____ Región: _____ Ciudad 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: _____ Estado Civil _____			
Profesion / Oficio : _____ Lugar de Trabajo : _____			
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: _____			



Colegio Altas Cumbres
San Clemente
Fono : 712620543

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 desee 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 alinee 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____