

AÑO 2023

COLEGIO DE LAS ARTES PEDRO AGUIRRE CERDA **CURSO:** _____

ANTECEDENTES DEL ALUMNO: EXTRANJERO SI ___ NO ___ NACIONALIDAD _____

NOMBRE COMPLETO ALUMNO (A): _____

R.U.T DEL ALUMNO (A): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

CON QUIEN VIVE EL ALUMNO: _____

DATOS DEL APODERADO

NOMBRE COMPLETO: _____

R.U.T _____

DIRECCION: _____

TELEFONO CASA: _____ CELULAR: _____

FONO TRABAJO: _____ OCUPACION: _____

MAIL : _____

NOMBRE APODERADO SUPLENTE:

R.U.T _____

DIRECCION: _____

TELEFONO CASA: _____ CELULAR: _____

FONO TRABAJO _____ OCUPACION _____

MAIL : _____

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A : _____

ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL: _____, RBD: _____

CURSO: _____ 2023 FECHA DE MATRICULA: ____/____/202__

(LLENAR TODOS LOS CAMPOS CON LETRA MAYÚSCULA)

ANTECEDENTES PERSONALES	
NOMBRE COMPLETO ESTUDIANTE	
CURSO	
RUT:	Pasaporte:
FECHA DE NAC.	Edad al 31 /03:
NACIONALIDAD	
SEXO	MASCULINO FEMENINO
DOMICILIO 1 - CALLE, N° CASA O DEPTO	
VILLA - POBLACIÓN/CONDOMINIO/SECTOR O REFERENCIA/ PARCELA Y NÚMERO DE SITIO	
DOMICILIO 2 - CALLE, N° CASA O DEPTO	
VILLA, POBLACION/CONDOMINIO/SECTOR O REFERENCIA/PARCELA Y NÚMERO DE SITIO	
CORREO ELECTRÓNICO	
ESTUDIANTE NUEVO	SI NO
COLEGIO DE PROCEDENCIA	
REPITENTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CURSO REPETIDO	ULTIMO AÑO DE REPITENCIA
Necesidades Educativas Especiales	
Pertenece a PIE	Requiere de Infraestructura especial:
Posee Diagnóstico:	

Ha recibido o recibe beneficios JUNAEB/o Presenta Diagnóstico o Interconsulta:

Alimentación Escolar (PAE) _____ Lentes: _____ Audifonos: _____ plantillas _____ corset _____
El/la estudiante presenta problemas visión-audición-columna SI _____ NO _____
¿Cuál/es? _____ ¿Tiene diagnóstico o interconsulta? SI _____ NO _____
Otro (Especifique) _____

SISTEMA DE SALUD	Isapre: _____ Fonasa: A B C D _____
	Consultorio: _____ Dipreca: _____
	Sin: _____ Otro: _____
CONSULTORIO INSCRITO	Nombre: _____, comuna: _____
DATOS DE SALUD DEL/LA ESTUDIANTE	Presencia de enfermedad crónica en estudiante: sí _____ No _____ ¿Cuál/es? (mencionarla/s) _____
ALERGIAS, ALIMENTOS, MEDICAMENTOS	
PROGRAMA SOCIAL U OTROS	Chile solidario (Programa Seguridad y Oportunidades): _____ RED SENAME: _____ ¿CÚÁL? _____
	Otro: _____ Ninguno: _____
REGISTRO SOCIAL HOGARES (RSH)	Tiene RSH: SI _____ NO _____ NO SABE _____
	¿Tiene becas? SI _____ NO _____ / ¿Cuál? _____
RELIGIÓN ESTUDIANTE	
ESTUDIANTE VIVE CON	<input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> ABUELO/A
	OTRO: _____
ESTUDIANTE	¿Quién? _____ Enfermedad: _____

NOMBRE COMPLETO APODERADO TITULAR			
RUT o PASAPORTE	Nacionalidad:		
DOMICILIO			
VILLA, POBLACIÓN/CONDOMINIO/SECTOR O REFERENCIA/PARCELA Y NÚMERO DE SITIO			
CORREO ELECTRÓNICO			
CELULAR CONTACTO	FONO CASA	FONO TRABAJO	
PARENTESCO CON ALUMNA			
ENFERMEDAD CRÓNICA	SI: No	¿CUÁL?	
NOMBRE APODERADO SUPLENTE			
RUT	Pasaporte:	Nacionalidad:	
DOMICILIO			
VILLA, POBLACIÓN/CONDOMINIO/SECTOR O REFERENCIA/PARCELA Y NÚMERO DE SITIO			
CORREO ELECTRÓNICO			
CELULAR CONTACTO	FONO CASA	FONO TRABAJO	
PARENTESCO CON ALUMNA			
ENFERMEDAD CRÓNICA	SI: No	¿CUÁL?	

NOMBRE QUIEN RETIRA ESTUDIANTE (EN CASO DE NO SER EL APODERADO)	
RUT	
PARENTESCO	
CELULAR	
FONO CASA	

TELÉFONO DE CONTACTO EMERGENCIA:

(*)CONTACTO 1

(*)CONTACTO 2:

El/la apoderado debe señalar un teléfono alternativo al de ellos

PARTICIPACIÓN

PADRE, MADRE, ADULTO O ESTUDIANTE PARTICIPA EN ALGUNA ORGANIZACIÓN

NO

SI

CUÁL

Observaciones especiales que considere importante dejar registrado.

Anexos o Informaciones propias del EE

.....
Firma Apoderado

.....
Nombre y firma Persona que matricula



ENCUESTA SOBRE LA CLASE DE RELIGION

Estimados Sres. Padres Y Apoderados:

Indique el nombre completo y curso de su hijo(a) y/o pupilo, que matriculará en este establecimiento :

- 1.- Este establecimiento impartirá 2 horas semanales de clases de Religión Católica dentro del horario lectivo.
- 2.- Marque con una "X" su preferencia para las clases de Religión Católica.
- 3.- Esta encuesta se realiza en conformidad con lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 924/83 de educación, de no optar por las clases de Religión Católica , su pupilo deberá permanecer en el aula realizando otras actividades educativas.

PROPUESTAS	PREFERENCIA
Opto por clases de Religión Católica.	
No opto por clases de Religión Católica.	

Nombre del Apoderado o Tutor:

Firma : _____

La Serena año 2023.