



## FICHA DE MATRICULA

<b>N° Matrícula</b>	: _____
<b>Curso</b>	: _____

**I. Antecedentes del / la Estudiante:**

Nombre completo : \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ R.U.N : \_\_\_\_\_

Nacionalidad : \_\_\_\_\_

Etnia : Sí \_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Domicilio : \_\_\_\_\_ Referencia \_\_\_\_\_

Comuna : \_\_\_\_\_

**II. Antecedentes académicos y de salud:**

- ¿A qué religión optan como familia?

Católica : _____	Evangélica _____
------------------	------------------

- ¿El/la estudiante pertenece al programa de integración escolar?: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- ¿Existen antecedentes de repitencias en el/la estudiante? : Sí \_\_\_\_\_ curso \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- ¿Existen dificultades de salud para realizar educación física? : Sí \_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- ¿El/la estudiante se encuentra en algún tratamiento farmacológico?  
Sí \_\_\_\_\_ Nombre de medicamento/s \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_
- ¿El/la estudiante es alérgico a algún medicamento y/o alimento?  
Sí \_\_\_\_\_ cuál? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- ¿Existe algún medicamento que el/la estudiante no pueda tomar?  
Sí \_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- ¿El/la estudiante presenta actualmente alguna enfermedad o condición diagnosticada por especialista? Sí \_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- **\*En caso de existir, debe dejar certificado médico**
- ¿Existe alguna prohibición de acercamiento de algún familiar?  
Sí \_\_\_\_\_ Relación con el niño/a \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_
- **\*En caso de existir, debe dejar documento legal.**
- ¿El/la estudiante y/o su familia, pertenecen a alguna institución?  
Sí \_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_

\*En caso de que el/la estudiante sea nuevo/a, agregar el establecimiento de procedencia \_\_\_\_\_

**III. Antecedentes de la madre:**

Nombre completo : \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ R.U.N \_\_\_\_\_

Nacionalidad : \_\_\_\_\_

Etnia : Sí \_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Teléfono : 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

Domicilio : \_\_\_\_\_

Referencia : \_\_\_\_\_

Comuna : \_\_\_\_\_

Nivel educacional :      Básica completa      \_\_\_\_\_      Media incompleta      \_\_\_\_\_  
                                   Básica Incompleta      \_\_\_\_\_      Técnico Profesional      \_\_\_\_\_  
                                   Media completa      \_\_\_\_\_      Universitaria      \_\_\_\_\_



#### IV. Antecedentes del Padre

Nombre completo : \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ R.U.N : \_\_\_\_\_  
Nacionalidad : \_\_\_\_\_  
Etnia : Sí \_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Teléfono : 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_  
Domicilio : \_\_\_\_\_  
Referencia : \_\_\_\_\_  
Comuna : \_\_\_\_\_  
Nivel educacional :  
Básica completa \_\_\_\_\_ Media incompleta \_\_\_\_\_  
Básica Incompleta \_\_\_\_\_ Técnico Profesional \_\_\_\_\_  
Media completa \_\_\_\_\_ Universitaria \_\_\_\_\_

#### V. Antecedentes apoderado titular:

Nombre completo : \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ R.U.N : \_\_\_\_\_  
Nacionalidad : \_\_\_\_\_  
Etnia : Sí \_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Teléfono : 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_  
Domicilio : \_\_\_\_\_  
Referencia : \_\_\_\_\_  
Comuna : \_\_\_\_\_  
Relación c/ estudiante : \_\_\_\_\_

#### VI. Antecedentes apoderado suplente:

Nombre completo : \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ R.U.N : \_\_\_\_\_  
Nacionalidad : \_\_\_\_\_  
Etnia : Sí \_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Teléfono : 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_  
Domicilio : \_\_\_\_\_  
Referencia : \_\_\_\_\_  
Comuna : \_\_\_\_\_  
Relación c/ estudiante : \_\_\_\_\_

**\*En caso de cambiar número telefónico y/o dirección informar al Establecimiento**



Escuela Graciela Letelier  
Vara Gruesa-Linares

**VII. Antecedentes grupo familiar:**

- Cantidad de personas con las que vive el/la estudiante en el hogar: \_\_\_\_\_
- El/la estudiante vive con: Padre\_\_\_ Madre\_\_\_ Hermanos\_\_\_ Abuelos\_\_\_ Tíos\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_
- ¿A qué servicio de atención primaria pertenece el/la estudiante (posta, consultorio o CESFAM)?  
\_\_\_\_\_
- Número de ficha de atención primaria : \_\_\_\_\_

**Observaciones:**

Yo \_\_\_\_\_ me comprometo a que el/la estudiante matriculado/a:

- \* Utilice los textos escolares entregados por el ministerio.
- \* Utilice de forma correcta el uniforme escolar y cuidado presentación personal
- \* Revisar el nuevo Reglamento de Evaluación con vigencia 2023.
- \* Revisar y hacer uso del Reglamento Interno de Convivencia Escolar 2023 del establecimiento.

**En caso que él o la estudiante no viva con sus padres, quien lo matricule deberá acreditar su cuidado legal, el que deberá adjuntarse en la ficha de matrícula.**

El Extracto del Reglamento Interno de Convivencia Escolar y Reglamento de Evaluación se encuentran en la página [www.escuelagracielaletelier.cl](http://www.escuelagracielaletelier.cl)

Declaro que leí el extracto del Reglamento Interno de Convivencia Escolar 2023

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA APODERADO TITULAR**

R.U.N : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA FUNCIONARIO/A QUE MATRICULA**

R.U.N : \_\_\_\_\_

Fecha : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022