



**FICHA DE POSTULACIÓN ADMISIÓN 2024**

Fecha de Inscripción: \_\_\_\_\_ Curso al que postula: \_\_\_\_\_

**I.- DATOS PERSONALES POSTULANTE**

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Edad al 31 de Marzo 2024: \_\_\_\_ años \_\_\_\_ meses Sexo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_

**II.- DATOS FAMILIARES**

**1.- Nombre del Padre:** \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Vive con el alumno: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Título o Profesión: \_\_\_\_\_ Nombre Empresa: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Ex-alumno/a: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Fono: \_\_\_\_\_

Dirección misma que el niño \_\_\_\_ Otra dirección \_\_\_\_\_

Apoderado 1: \_\_\_\_ Apoderado 2: \_\_\_\_ Tutor Económico: \_\_\_\_ (Marque con X lo que corresponda)

**2.- Nombre de la Madre:** \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Vive con el alumno: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Título o Profesión: \_\_\_\_\_ Nombre Empresa: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Ex-alumno/a: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Fono: \_\_\_\_\_

Dirección misma que el niño \_\_\_\_ Otra dirección \_\_\_\_\_

Apoderado 1: \_\_\_\_ Apoderado 2: \_\_\_\_ Tutor Económico: \_\_\_\_ (Marque con X lo que corresponda).-



Situación familiar: De acuerdo a lo señalado en el art. 225 del Código Civil.

**3.- Otro Apoderado:**

Nombre: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Vive con el alumno: Si \_\_\_ No \_\_\_

Título o Profesión: \_\_\_\_\_ Nombre Empresa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Fono: \_\_\_\_\_

**4.- Personas autorizadas a retirar al alumno (a):**

• Nombre: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

• Nombre: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

5.- ¿Tiene más hermanos en el Colegio? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Cuántos? \_\_\_

NOMBRES	CURSO

**III.- ANTECEDENTES DE SALUD Y TRATAMIENTOS DEL POSTULANTE**

1.- En caso de Urgencia Médica llevar a: Hospital Provincial \_\_\_\_\_

(El seguro escolar opera sólo en el Hospital Provincial)



En caso de Urgencia llamar al fono:

Casa: \_\_\_\_\_ Trab. Padre: \_\_\_\_\_ Trab. Madre: \_\_\_\_\_

Celular Padre: \_\_\_\_\_ Celular Madre: \_\_\_\_\_

3.- ¿Puede ingerir medicamentos básicos para el dolor de cabeza u otros? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
¿Qué medicamentos? Observaciones relativas a la salud de su pupilo (a):

---

---

---

4.- Razón de su Postulación al Colegio.

---

---

---

---

---

5.- Credo Religioso: \_\_\_\_\_

**Nota: Los datos solicitados, serán solo para uso interno del colegio, al momento de postular, y se considera como autorización suficiente de acuerdo a la ley 19.628, sobre protección de datos personales.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma Apoderado**