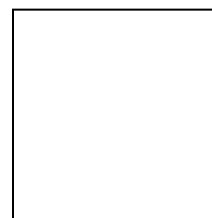




FICHA DE POSTULACIÓN ADMISIÓN 2024

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 ___
Titulo 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