

COLEGIO PORTALIANO

EDUCAR PARA LA VIDA



AVDA. O'HIGGINS 169
Tel. +56957520907 / 342 510978

Ficha de Alumno(a) 2021

Alumno _____

Curso _____

DATOS DEL ALUMNO(A) **Alumno Nuevo** _____ **Alumno Repitente:** _____

RUT _____	Nº Matricula _____
Domicilio _____	Nacionalidad _____
Comuna _____	Opta Relig.: _____
Fono _____	Religion _____
Fecha de Nacim. _____	Fecha de Registro _____
Vive con _____	Retirada Titular _____
Nº Hnos. _____	Nº Piezas _____
Nº Pers. _____	Tipo Viviend. _____
Coleg.Proc. _____	Jefe Hogar _____
Enfermedades _____	Retirada Supl. _____
	Beca (%) _____
	Renta Fam. _____
	Cuidador _____
	Cursos Repet. _____
	Matriculado _____

DATOS DEL PADRE **Rut:** _____

Nombre _____	Fecha de Nac. _____
Dirección _____	Fono: _____
Escolaridad _____	Profesión _____
Empresa _____	Fono Emerg. _____
Email _____	Nacionalidad _____

DATOS DE LA MADRE **Rut:** _____

Nombre _____	Fecha de Nac. _____
Dirección _____	Fono: _____
Escolaridad _____	Profesión _____
Empresa _____	Fono Emerg. _____
Email _____	Nacionalidad _____

DATOS DEL APODERADO **RUT:** _____

Nombre _____	Fecha de Nac. _____
Dirección _____	Fono: _____
Escolaridad _____	Profesión _____
Empresa _____	Fono Emerg. _____
Email _____	Nacionalidad _____

DATOS DEL APODERADO 2 **RUT:** _____

Nombre _____	Fecha de Nac. _____
Dirección _____	Fono: _____
Escolaridad _____	Profesión _____
Empresa _____	Fono Emerg. _____
Email _____	Nacionalidad _____

DATOS DEL TUTOR ECONOMICO **RUT:** _____

Nombre _____	Fecha de Nac. _____
Dirección _____	Fono: _____
Escolaridad _____	Profesión _____
Empresa _____	Fono Emerg. _____
Email _____	Nacionalidad _____

AVISO EN CASO DE EMERGENCIA

Avisar a: _____ Fono _____

Trasladar A: _____ Isapre/Fonasa _____

Seguro _____

ANTECEDENTES DE SALUD

Problemas de Salud: _____ Visual _____ Auditivos _____ Cardiacos _____

Columna _____ Grupo Sanguinio _____ Peso _____ Talla _____

Observaciones: _____

JUNAEB	CHILE	INDIGENA	EMBARAZADA
REPITENTE	VULNERABLE	PRIORITARIO	PIE
FPS	PUENTE	DIFERENCIADO	PRO-RETENCION

IDENTIFICACION DE PERSONA RESPONSABLE DE LA MATRICULA

Nombre _____ **Firma** _____

Cargo _____ **Fecha Matric.** _____

OBSERVACIONES

Como apoderado declaro conocer y aceptar el Proyecto Educativo y Reglamento De Convivencia Escolar