

COLEGIO PORTALIANO

EDUCAR PARA LA VIDA



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

Ficha de Alumno(a)

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 _____ | Retirada Supl. | _____ |
| Nº Pers. | Tipo Viviend. _____ | Beca (%) | _____ Renta Fam. _____ |
| Coleg.Proc. | Jefe Hogar _____ | Cuidador | _____ |
| Enfermedades | _____ | 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