

**CURSO**:…………………

**AÑO ESCOLAR: 2022**

Valdivia,………de………………………….de 2021

**COLEGIO AUSTRAL**

**VALDIVIA**

**FICHA DE MATRÍCULA**

1. **IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO:**

NOMBRE:…………………………………………………………………………………….........……………..RUN:……………………………………………………

FECHA NACIMIENTO:……………………………….………….…………COL. DE PROCED.:…………………………………………………………………..

DOMICILIO:……………………………………………………………………………………….……….. ETNIA: ………………………………………………………

1. **ANTECEDENTES FAMILIARES:**

APODERADO TITULAR:…………………………………………………………………………..…………….RUN:……………………………………………………

PARENTESCO CON ESTUDIANTE: PADRE…………..MADRE……….…..OTRO FAMILIAR…………….………......TUTOR (A)…………….

NIVEL DE ESCOLARIDAD: E.BÁSICA: …….. E. MEDIA: ……..TÉC. PROF.: …….. UNIVERSITARIA: ……. POST GRADO: ……..

PROFESIÓN/ACTIVIDAD/OFICIO:……………………………………………………………………………………………………………………………………….

LUGAR DE TRABAJO:………………………………………………………………………………………..FONO:……………….…………………………………….

CORREO ELECTRÓNICO:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

APODERADO SUPLENTE:……………………………………………………………………………………….RUN:………………………………………………….

PARENTESCO CON ESTUDIANTE: PADRE……..…..MADRE…...……..OTRO FAMILIAR………..……….……....TUTOR (A)……..……..

NIVEL DE ESCOLARIDAD: E.BÁSICA: …… E. MEDIA: …… TÉC. PROF.: …… UNIVERSITARIA: …… POST GRADO: …….

PROFESIÓN/ACTIVIDAD/OFICIO:………………………………………………………………………………………………………….……………………………

LUGAR DE TRABAJO:…………………………………………………………………………..…………..FONO:…………………….………………………………..

CORREO ELECTRÓNICO:………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………….

CON QUIÉN VIVE EL ALUMNO/A: PADRES…..…MADRE.……PADRE.……ABUELOS…...…OTRO FAMILIAR…..…TUTOR(A)..…….

PERTENECE A ALGÚN PROGRAMA SOCIAL, ¿CUÁL?: CH. SOLIDARIO…....…PRIORITARIO………PREFERENTE…...…OTRO………

1. **ELECTIVIDAD:** (marque una x cuando corresponda)

**1° Y 2° MEDIO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Artes Visuales |  | Música |

1. **INTERESES PERSONALES:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ARTÍSTICOS |  | DEPORTIVOS |  |
| CULTURALES |  | SOCIALES |  |
| OTROS |  |  |  |

1. **ANTECEDENTES MÉDICOS:**

¿SUPRE PROBLEMAS DE SALUD? ESPECIFIQUE.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

USA ALGÚN MEDICAMENTO. ESPECIFIQUE.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

USA LENTES: SI …. NO ….

***OBSERVACIONES GENERALES***: …………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

APODERADO TITULAR APODERADO SUPLENTE