



COLEGIO CRISTIANO LOS PINOS

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2026

CALLE EL COLEGIO 2890 POBLACION LOS PINOS FONO 32 2827989 / 32 2828963

FICHA DE MATRÍCULA N° _____

FECHA DE MATRÍCULA ____/____/____

CURSO _____

A. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

Nombre Completo del Alumno _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Rut o I.P.E N° _____ - _____ Nacionalidad _____

Dirección: _____

Comuna _____

Teléfono Móvil _____

Año de ingreso al Colegio _____

Procedencia Colegio Anterior _____

Pertenece alguna etnia _____

B. DATOS DEL APODERADO

Nombre Completo del Apoderado: _____

Rut o I.P.A. N° _____ - _____

Dirección: _____

Parentesco con el alumno (Marque lo que corresponda) Madre ____ Padre ____ Otro _____

Teléfono Móvil _____ Teléfono de Emergencia _____

Correo electrónico _____

Autoriza a que se fotografíe y se grabe a su estudiante, para las actividades y credencial del colegio. SI _____, NO _____

C. DATOS DE LA MADRE

Nombre Completo: _____

Rut o I.P.A. N° _____ - _____

Teléfono Móvil _____ Teléfono de Emergencia _____

Correo electrónico _____

D. DATOS DEL PADRE

Nombre Completo: _____
Rut o I.P.A N° _____ - _____
Dirección: _____
Teléfono Móvil _____ Teléfono de Emergencia _____
Correo electrónico _____

E. ANTECEDENTES DEL APODERADO SUPLENTE

Nombre Completo: _____
Rut N° _____ - _____
Dirección: _____
Parentesco con el alumno (Marque lo que corresponda) Madre ____ Padre ____ Otro _____
Teléfono Móvil _____ Teléfono de Emergencia _____
Correo electrónico _____

F. DATOS FAMILIARES

Vive con: Sus Padres ____

Solo Madre ____

Solo Padre ____

Un Familiar ____

Otros ____

G. GRUPO FAMILIAR (personas que viven con el alumno incluido el alumno)

Nombre	Parentesco	Edad	Profesión/actividad	Escolaridad

H. ANTECEDENTES DE SALUD.

Apto para Educación Física Si ____ No ____

Enfermedades Crónicas. Si ____ No ____ ¿Cuál? _____

Alergia a medicamentos Si ____ No ____ Nómbrelos _____

Alergia a alimentos _____

Estatura _____ Peso. _____

I. SEGURO ESCOLAR AL QUE ACCEDE EL ALUMNO (Marque con una X)

a. Seguro Escolar Estatal _____

Según artículo de la ley N° 16.744.

b. Seguro Privado _____

Centro Asistencial al que debe acudir

El apoderado declara conocer y aceptar el Reglamento Interno de Convivencia Escolar del Establecimiento, y se compromete a asistir a una Reunión Mensual de Padres y Apoderados que se realicen durante el presente año académico en cuanto el Establecimiento lo requiera y a todas las entrevistas personales que sean necesarias. Además se compromete a colaborar en el Proceso de Enseñanza y Aprendizaje de su hijo(a).

Firma Apoderado

Titular

Firma Apoderado

Suplente

I. RETIRO DE ALUMNO

Motivo: _____

Fecha: ____/____/____

Documentos entregados:

Firma de Apoderado titular