**FICHA DE MATRICULA** 

Foto Obligatoria

Año Escolar 2025- Colegio Adventista de Calama

***(Completar los casilleros digitalmente, Imprimir, Firmar y entregar en la matrícula***)

Nº Lista:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NÚMERO MATRÍCULA  **(uso exclusivo de secretaría Académica)** | CURSO  2025 | ENSEÑANZA  NT2,  BÁSICA O MEDIA | FECHA INGRESO  **(Uso exclusivo de Secretaría Académica)** | N° DE PAGARÉ  **(Uso exclusivo de Finanzas)** | ESTUDIANTE PRIORITARIO 2025  SI - NO | ESTUDIANTE  ANTIGUO (2024)  NUEVO (2025) |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **DATOS DEL ESTUDIANTE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| APELLIDOS - NOMBRES | SEXO  (M - F) | RUN, IPE O PASAPORTE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | NACIONALIDAD |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CIUDAD DE  NACIMIENTO | DIRECCIÓN DE CALAMA COMPLETA | SECTOR O POBLACIÓN | COMUNIDAD ETNIA  (Pueblo originario-Con Certificado  CONADI) |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NÚMERO DE CELULAR DEL ESTUDIANTE | | CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL DEL ESTUDIANTE | VIVE CON  (Padre-Madre- Padres-Abuelos- Otro.) |
| **+569** |  |  |  |

**ANTECEDENTES ESCOLARES DEL ESTUDIANTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| PROCEDENCIA (Establecimiento Educacional 2025 y/o país) | FECHA DE INCORPORACIÓN | DIFICULTAD DE APRENDIZAJE  (Especifique) | CURSO QUE HA  REPETIDO |
|  |  |  |  |

**ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD DEL ESTUDIANTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PROGRAMAS SOCIALES | | SISTEMA DE SALUD MARCAR CON UNA X | | | | | PLAN DE SALUD DE JUNAEB EN QUE ESTÁ INSCRITO(A) – Solo alumnos nuevos. | | |
| Programa Familia | Otro (indicar) | Fonasa | Isapre | Capredena | Otros  Especifique | CESFAM  (indicar) | Por visión (Kínder -  1° Medio) | Por audición (1°-4° Básico) | Por Columna  (7° y 8° Básico) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**INFORMACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| ENFERMEDAD CRÓNICA (Incluir tratamientos de Primeros Auxilios) | TIPO DE ALERGIA (A picaduras de insectos, arañas, medicamentos u otros) |
|  |  |

**2.DATOS DEL APODERADO TITULAR** (Persona responsable del estudiante ante el establecimiento)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | F. NACIMIENTO | RUN, IPA O PASAPORTE |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ESTADO CIVIL | NACIONALIDAD | DIRECCIÓN COMPLETA | SECTOR O POBLACIÓN |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NÚMERO CELULAR EMERGENCIA (Apoderado Titular) | | NÚMERO TELÉFONO FIJO | CORREO ELECTRÓNICO DEL APODERADO | TIPO DE PARENTESCO |
| **+569** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NIVEL EDUCACIONAL DEL APODERADO TITULAR (Seleccionar solo UNA opción y en el caso de ser enseñanza incompleta **especifique el último curso completo** que estudió) | | | | | | | |
| Básica Incompleta | Básica Completa | Media Incompleta | Media Completa | Técnico Incompleto | Técnico completo | Universitario Incompleto | Universitario completo |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| OCUPACIÓN APODERADO: | ETNIA: |

**SI TIENE OTROS HIJOS EN EL ESTABLECIMIENTO DETALLE NOMBRE Y CURSOS A CONTINUACIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL ALUMNO | CURSO | NOMBRE DEL ALUMNO | CURSO |
| 1. |  | 5. |  |
| 2. |  | 6. |  |
| 3. |  | 7. |  |
| 4. |  | 8. |  |

**3. DATOS RESPONSABLE FINANCIERO: (**Si es el mismo APODERADO TITULAR NO LLENE LOS DATOS, en caso contrario debe completar toda la información solicitada)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | F. NACIMIENTO | RUN O PASAPORTE |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ESTADO CIVIL | NACIONALIDAD | DIRECCIÓN COMPLETA | SECTOR O POBLACIÓN |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NÚMERO CELULAR | | TELÉFONO RED FIJA | CORREO ELECTRÓNICO | TIPO DE PARENTESCO |
| **+569** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NIVEL EDUCACIONAL DEL RESPONSABLE FINANCIERO (Seleccionar solo UNA opción y en el caso de ser enseñanza incompleta **especifique el último curso completo** que estudió) | | | | | | | |
| Básica Incompleta. | Básica Completa | Media Incompleta | Media Completa | Técnico Incompleto | Técnico completo | Universitario Incompleto | Universitario completo |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| OCUPACIÓN: | ETNIA: |

**4.- COMPLETAR LOS ANTECEDENTES DE LOS APODERADOS SUPLENTES, QUIENES TIENEN LOS MISMO DERECHOS Y RESPONSABILIDADES QUE EL APODERADO TITULAR, LOS QUE DEBEN SER MAYORES DE EDAD.**

**EN CASO DE HACER CAMBIO DE NÚMERO DE CELULAR DEBE DAR AVISO A LA SECRETARÍA ACADÉMICA PARA SU REGISTRO RESPECTIVOS.**

**EL APODERADO TITULAR MÁS LOS INSCRITOS A CONTINUACIÓN SON LOS ÚNICOS QUE PUEDEN RETIRAR AL ESTUDIANTE EN HORARIO DE CLASES O AL TÉRMINO DE LA JORNADA.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANTECEDENTES DEL APODERADO SUPLENTE Nº1** | | | |
| Nombre Completo: | | | Run: |
| Nacionalidad: | Estado Civil: | | Nivel Educacional: |
| Teléfono de Contacto: | | Parentesco: | |
| Correo electrónico: | | Dirección: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANTECEDENTES DEL APODERADO SUPLENTE Nº2** | | | |
| Nombre Completo: | | | Run: |
| Nacionalidad: | Estado Civil: | | Nivel Educacional: |
| Teléfono de Contacto: | | Parentesco: | |
| Correo electrónico: | | Dirección: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANTECEDENTES DEL APODERADO SUPLENTE Nº3** | | | |
| Nombre Completo: | | | Run: |
| Nacionalidad: | Estado Civil: | | Nivel Educacional: |
| Teléfono de Contacto: | | Parentesco: | |
| Correo electrónico: | | Dirección: | |

**5.- COMPLETAR ÚNICAMENTE SI EL ESTUDIANTE UTILIZARÁ TRANSPORTE ESCOLAR PARTICULAR (Furgón), EL APODERADO AUTORIZA QUE LA PERSONA QUE INSCRIBA A CONTINUACIÓN ES EL RESPONSABLE DEL RETIRO DEL ESTUDIANTE.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANTECEDENTES DEL FURGÓN ESCOLAR** | | |
| Nombre Completo Conductor: | | Run: |
| Teléfono de Contacto: | Patente del Furgón: | Modelo y color: |

**CADA VEZ QUE HAGA CAMBIO DE CONDUCTOR O TRANSPORTE DEBERÁ INFORMAR A SECRETARÍA ACADÉMICA DEL COLEGIO.**

**6. SI EL PADRE, MADRE U OTRO ADULTO TIENE ALGUNA ORDEN DE ALEJAMIENTO, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN HACIA EL ESTUDIANTE, POR MANDATO DEL TRIBUNAL DE FAMILIA, DEBE INDICARLO A CONTINUACIÓN.**

|  |  |
| --- | --- |
| **ANTECEDENTES ORDEN DE ALEJAMIENTO** | |
| Nombre Completo: | Run: |
| Nacionalidad: | Causa RIT: |
| Otro: | |

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C. Identidad N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ doy fe que los datos aquí vertidos son fidedignos y me comprometo a actualizar oportunamente cada vez que sufran variación durante el año 2025, de no ser así, me hago responsable de cualquier problema o incidente que se produzca a causa de datos errados o no actualizados.

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

Nombre Apellidos Run y Firma

Colegio Adventista de Calama, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_

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

Nombre y Firma