COLEGIO GABRIELA MISTRAL CORONEL

FICHA Nº				
CURSO				

FICHA DE MATRICULA

AÑO ESCOLAR 2021

ANTECEDENTES PERSONALES DEL(A) ALUMNO(A)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

R.U.N									-		Fecha de Nacimiento	día	mes	año	Ciudad donde nació

Domicilio	Calle	Número	Población

¿Con quién vive?	Ambos Padres	Solo con el Padre	Solo con la Madre	Parientes	Allegado / otros

ANTECEDENTES ESCOLARES

Colegio de donde procede	Colegio Gabriela Mistral	SI		NO		Años de escolaridad		Cursos que ha repetido	
	Otro								

¿Tiene diagnosticado problemas específicos de aprendizaje?	SI		NO	
Si la respuesta es si, especifique:				

ANTECEDENTES FAMILIARES

Datos del Padre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	R.U.N.	-

Fecha nacimiento del Padre	Día	Mes	Año	Nivel de Estudio	Profesión u oficio

Datos Jefe de Hogar (sólo si no es uno de los padres)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	R.U.N.	-

Profesión u Oficio Jefe de Hogar	

Datos de la Madre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	R.U.N.	-

Fecha nacimiento de la madre	Día	Mes	Año	Nivel de Estudio	Profesión u oficio

Nº de personas que componen el grupo familiar	¿Tiene hermanos que estudien en este Colegio?		¿En qué Curso(s)?			¿Pertenece a alguna Etnia?	SI	NO	¿Cuál?
	SI	NO							

ANTECEDENTES SOCIO-ECONOMICOS

(anotar el ingreso mensual de los integrantes que aportan al grupo familiar)

Nº	Nombre	Remuneraciones o Pensiones	Honorarios	Otros Ingresos	Pensión alimenticia	Total
1						
2						
3		$	$	$	$	$
Observaciones:				Total de Ingresos Familiares		$

DE LA VIVIENDA	*¿Es propia con deuda?*	*¿Es propia sin deuda?*	*¿Es arrendada?*	*¿Viven de allegados?*	*¿Es cedida?*	*Nº de habitaciones* *(No incluir el baño)*	

¿A qué sistema de salud pertenece?	*FONASA*	*A*	*B*	*C*	*D*	*Isapre*	*SI*	*NO*	*F.F.A.A. y de Orden*	*SI*	*NO*	*¿Fue informado(a) de modalidad FICOM?*	*SI*	*NO*

¿Recibe Subsidio Único Familiar, que otorga la Municipalidad?	*SI*	*NO*	*¿Pertenece algún Programa Social del Gobierno?*	*SI*	*NO*	*¿Cuál es el nombre?*

ANTECEDENTES DE SALUD

¿Presenta algún problema de visión?		¿Ha sido tratado por un especialista?		¿Presenta algún problema de audición?		¿Ha sido tratado por un especialista?		Año en que se realizó último Control Médico
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	

¿Qué tipo de enfermedad ha tenido?		Enfermedad o problema de salud actual	

Tratamiento actual y medicamentos prescrito por médico tratante		¿Ha sido enviado a algún control médico por el colegio?	SI	NO	¿A qué control?

¿Ha tenido golpes o caídas con pérdida de conocimiento?	SI	NO	Diagnóstico Médico de las complicaciones	

¿Es alérgico(a) a algún medicamento?	SI	NO	¿Cuál?		Certificado Médico para eximirse de Educación Física	SI	NO

ANTECEDENTES DEL APODERADO TITULAR

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	RUN
			-

Parentesco con el(la) alumno(a)		Teléfono	Fijo	Celular
		Correo Electrónico		

ANTECEDENTES DEL APODERADO SUPLENTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	RUN
			-

Parentesco con el(la) alumno(a)		Teléfono	Fijo	Celular
		Correo Electrónico		

DECLARACIÓN APODERADO TITULAR

1. Declaro que la información consignada en esta ficha de matrícula es verídica y estoy informado de las sanciones a las que me expongo, en caso contrario, esta declaración, faculta al Colegio Gabriela Mistral para realizar las acciones necesarias para verificar la información, si se comprueba que ha faltado a la verdad.
2. Declaro conocer y acatar íntegramente el Proyecto Educativo Institucional, Reglamento Interno de Convivencia Escolar, Reglamento Interno de Evaluación, Protocolos de Actuación y estar informado de las condiciones establecidas por el Colegio Particular "Gabriela Mistral", en el cual estoy matriculando a mi hijo(a).
3. Declaro ser informada sobre la página web que posee el establecimiento educacional: www.gabrielamistralcoronel.cl donde se encuentran publicados los Reglamentos, Protocolos e información relevante de nuestro establecimiento educacional.
4. Declaro haber sido informado(a) que según lo dispone el artículo 8 del Decreto 478 del 29 de Enero de 2016 sobre procedimientos para el término del Financiamiento Compartido de conformidad a los artículos vigésimo primero transitorio y siguientes; que este establecimiento mantiene el valor del copago para el año escolar 2021, el cual disminuirá o aumentará su monto de acuerdo a lo que resuelva el Ministerio de Educación, previa conversión en Unidad de Fomento, y que debo en el mes de Marzo 2021 dirigirme a la Secretaría del Colegio Particular Subvencionado Gabriela Mistral de Coronel a conocer el valor efectivo de lo que debo cancelar en pesos desde el 01 de Marzo y hasta el mes de Diciembre del año 2021.
5. Declaro ser informada que este establecimiento cuenta con la Subvención Escolar Preferencial (Alumnos Prioritarios) y asumió un conjunto de obligaciones y compromisos, a través del Convenio de Igualdad de Oportunidades y Excelencia Educativa.
6. Declaro haber sido informado(a) que el Ministerio de Educación dispondrá la entrega a cada Alumno matriculado en este Colegio de los Textos Escolares 2021 en forma gratuita.

Nombre y Firma Apoderado(a) Titular

DÍA	MES	AÑO