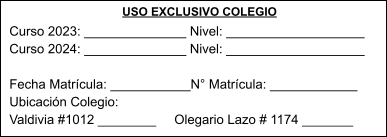
**COLEGIO SAN FERNANDO COLLEGE**  [www.sanfernandocollege.cl](http://www.sanfernandocollege.cl)[sfc@sanfernandocollege.c](mailto:sfc@sanfernandocollege.cl)l

72 - 2712949 - 2719024 - 2720716



SFC Anexo TP 72- 2 611319



**ICHA DE MATRÍCULA 2024**

**COMPLETE ESTE FORMULARIO CON LETRA CLARA E IMPRENTA. MUCHAS GRACIAS.**

**I.- ANTECEDENTES PERSONALES DEL ALUMNO:**

**AP. PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES**

**RUN: F. Nacimiento: Nacionalidad:**

**Dirección: Comuna:**

**Celular**:

**E-mail**

**Colegio de procedencia**

**N° Pasaporte**

**De acuerdo a la Ley SEP el estudiante es: Prioritario**

**Preferente**

**No aplica**

**Pase de salida para almuerzo (solo para estudiantes que NO poseen el beneficio de JUNAEB) SI**

**NO**

**II.- ANTECEDENTES DE AMBOS PADRES:**

**MADRE**

NOMBRE: RUN: Domicilio: Comuna: Ciudad: Nivel educacional: Actividad/Profesión: Teléfono: Casa: Celular: Urgencia:

E-mail:

**PADRE**

NOMBRE: RUN: Domicilio: Comuna: Ciudad: Nivel educacional: Actividad actual: Teléfono: Casa: Celular: Urgencia:

E-mail:

**III ANTECEDENTES APODERADO ACADÉMICO (Datos obligatorios):**

**NOMBRE**: RUN: Domicilio: Comuna: Ciudad: Nivel educacional: Actividad/Profesión: Teléfono: Casa: Celular: Urgencia:

E-mail:

**APODERADO SUPLENTE (Datos obligatorios)**: RUT: Domicilio: Comuna: Ciudad: Nivel educacional: Actividad/Profesión: Teléfono: Casa: Celular: Urgencia:

E-mail: Parentesco

**IV.- SITUACIÓN FAMILIAR:**

- Número de personas que componen el grupo familiar: personas en total.

- Número de hijos o hijas:

Hombres:

Mujeres:

- Lugar que ocupa el (la) alumno(a) entre sus hermanos:

- Su pupilo(a) vive con: Ambos padres: papá: mamá: tíos:

abuelos:

otros:

especifique:

- Entrega cartola hogar o registro social de hogares: SI:

NO:

**V.- RESPONDA LO SIGUIENTE: (Marque con una X)**

1) ¿Su pupilo(a) presenta algún tipo de Alergia?: SI NO

¿Cuál?

2) Su pupilo (a), ¿Tiene contraindicaciones médicas para realizar actividad física?

Si su respuesta es afirmativa, debe presentar certificado médico al inicio del año escolar.

3) Su pupilo (a), ¿Ha sido o es atendido por algún especialista? (Fonoaudiólogo, Psicólogo, Psiquiatra, Ed. Diferencial, Psicopedagoga, Neurólogo, etc.): otros, especifique: Indicar diagnóstico

¿Está en tratamiento? Sí No

**VI.- DECLARACIÓN Y COMPROMISO**

1. Declaro estar en conocimiento del carácter *Laico* del San Fernando College, por lo que solicito que se imparta a mi pupilo o pupila una formación acorde con los valores Ético Humanistas.

2. Declaro que como familia no optamos por la enseñanza de la asignatura de Religión.

3. Como padre/apoderado me comprometo a asumir responsablemente los siguientes deberes:

a. Reconocer y cumplir el rol de Primer Educador de mi pupilo o pupila.

b. Respetar el conducto regular, explicitado en el Reglamento de Convivencia Escolar.

c. Conocer y aceptar el *Reglamento de Convivencia Escolar* y *Reglamento de Evaluación y Promoción Escolar* del

Colegio.

d. Asistir y participar en reuniones, entrevistas y jornadas convocadas por el Colegio. e. Responder exitosamente a las exigencias académicas y normativas del Colegio.

f. Colaborar con las actividades del Subcentro de Padres Apoderados y el Centro General de Padres y

Apoderados del San Fernando College.

g. **Mantener actualizados mis datos personales, informando oportunamente al colegio**.

4. Declaro conocer el Proyecto Educativo Institucional, el Reglamento Interno y el Reglamento de Evaluación y Promoción Escolar, que se encuentran disponibles en la página web del Colegio [(www](http://www.sanfernandocollege.cl).sanfernandocollege.cl), cabe destacar que el establecimiento de igual manera enviará a cada correo de los estudiantes dichos documentos.

Firma del Apoderado

San Fernando, de 202

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………. VII.- USO INTERNO – RETIRO DEL ESTABLECIMIENTO**

Fecha de **Retiro** documentación: Motivo:

Nombre de quien retira: Rut:

FIRMA