



CURSO 2024: _____

NOMBRE DEL ALUMNO(A):						RUT:	
FECHA NAC:				COLEGIO PROCED (NUEVOS)			
SEXO:				CURSOS REPETIDOS:			
NACIONALIDAD:				EN CASO DE EMERGENCIA EL O LA ALUMNA PUEDE SER RETIRADO/A POR			
TELEFONO:				RELIGIÓN:			
DIRECCIÓN:				EMAIL:			
NOMBRE DE LA MADRE:						RUT:	
APODERADO	SI:	NO:	TITULAR:	SUPLENTE:			
DIRECCIÓN:				ESCOLARIDAD:			
FECHA NAC:				PROFESIÓN U OCUPACION			
TELÉFONO:				EMPRESA:			
EMAIL:				FONO EMPRESA:			
NOMBRE DEL PADRE:						RUT:	
APODERADO	SI:	NO:	TITULAR:	SUPLENTE:			
DIRECCIÓN:				ESCOLARIDAD:			
FECHA NAC:				PROFESIÓN U OCUPACION			
TELÉFONO:				EMPRESA:			
EMAIL:				FONO EMPRESA:			
SI YA RESPONDIO DE FORMA AFIRMATIVA EN EL PASO ANTERIOR NO REALICE EL LLENADO, ESTO ES EN EL CASO DE QUE LOS PADRES NO SEAN APODERADOS DEL ALUMNO A MATRICULAR							
APODERADO TITULAR:						RUT:	
DIRECCIÓN:				ESCOLARIDAD:			
FECHA NAC:				PROFESIÓN U OCUPACION			
TELÉFONO:				EMPRESA:			
EMAIL:				FONO EMPRESA:			
APODERADO SUPLENTE:						RUT:	
DIRECCIÓN:				ESCOLARIDAD:			
FECHA NAC:				PROFESIÓN U OCUPACION			
TELÉFONO:				EMPRESA:			
EMAIL:				FONO EMPRESA:			
EN EL CASO DE CONTAR CON UN TUTOR RELLENAR ESTE PUNTO							
NOMBRE DEL TUTOR:						RUT:	
DIRECCIÓN:				ESCOLARIDAD:			
FECHA NAC:				PROFESIÓN OCUPACION			
TELÉFONO:				EMPRESA:			
EMAIL:				FONO EMPRESA:			
DATOS DE EMERGENCIA							
AVISAR A:				TELÉFONOS:			
TRASLADAR A:				ISAPRE/FONASA:			
SEGURO:				OBSERVACIÓN:			
ANTECEDENTES DE SALUD (MARQUE CON UNA X)							
PROBLEMAS SALUD:	VISUAL:	AUDITIVO:	CARDIACO:	COLUMNA:	OTROS:	GRUPO SANGRE:	
OBS de SALUD:						PESO:	
TOMA ALGUN TIPO MEDICAMENTO:			SI:	NO:	CUAL:	TALLA:	
ALERGIAS	SI:	NO:	SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA A QUE SERIA:				
CESFAM A CUAL PERTENECE:							
ANTECEDENTES SIGE							
JUNAEB: (ALIMENTACION)	CHILE SOLIDARIO:	EMBARAZADA:	PADRE O MADRE ADOLESCENTE	PRO-RENTENCIÓN:	PUENTE:		
REPITENTE:	PREFERENTE	PRIORITARIO:	PIE:	% REGISTRO SOCIAL DE HOGARES			
INDIGENA:	SI:	NO:	SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA A QUE ETNIA PERTENECE:				



DECLARACIÓN DEL APODERADO

PROYECTO EDUCATIVO – MANUAL DE CONVIVENCIA

DECLARO: Conocer y aceptar el proyecto educativo del colegio, el reglamento interno y protocolos de seguridad escolar, así como las responsabilidades que como apoderado debo cumplir, especialmente en asistir al establecimiento educacional, cada vez que sea citado.
Esta documentación se encuentra en CRA, secretaria y publicada en la página web del establecimiento www.colegiosanmartindeporres.com

REGLAMENTO DE EVALUACION

DECLARO: Conocer y aceptar el reglamento de evaluación que objeto de contextualiza los estatutos que regirán nuestro sistema de evaluación, lineamientos, fundamentos, metas y fines que perseguimos como institución para mejorar la calidad de todos los procesos pedagógicos y el desarrollo integral de mi pupilo. Además de conocer y aceptar en lo dispuesto en el DECRETO N°67 de 20 de febrero de 2018 del Ministerio de Educación, que aprueba las normas mínimas nacionales sobre evaluación, calificación y promoción y deroga los decretos exentos N°511 de 1997, N°112 de 1999 y N°83 de 2001, todos del Ministerio de Educación.
Esta documentación se encuentra en CRA, secretaria y publicada en la página web del establecimiento www.colegiosanmartindeporres.com

PROTOCOLO DE USO DE DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO (DEA)

DECLARO: Conocer y aceptar el protocolo de uso de desfibrilador externo automático que indica el cómo se debe usar, su mantención y señales de alerta a los síntomas que pueden indicar un procedimiento o uso de este Desfibrilador Externo Automático.
Esta documentación se encuentra en CRA, secretaria y publicada en la página web del establecimiento www.colegiosanmartindeporres.com

AUTORIZACIÓN A SITUACIONES ESPECIALES 2024

DECLARO: Otorgo consentimiento para la publicación de imágenes (fotografías y/o videos) año escolar **2024** con la finalidad de ser utilizadas por los medios institucionales (sitio web, RRSS o medios)

SI: _____ NO: _____

Otorgo consentimiento para la revisión de mochila

SI: _____ NO: _____

Otorgo la autorización a mi pupilo /a salir a almorzar fuera del establecimiento.

SI: _____ NO: _____

Otorgo la autorización a trasladar a mi pupilo /a en caso de riesgo vital, fractura expuesta.

SI: _____ NO: _____

TOMA CONOCIMIENTO CONVENIO IGUALDAD DE OPORTUNIDADES SEP 2024

DECLARO: Mediante el presente se informa que nuestro establecimiento está suscrito a este convenio SEP que adquiere el compromiso de destinar esta subvención a la implementación de un Plan de Mejoramiento Educativo, que contenga iniciativas que apoyen con especial énfasis a los estudiantes prioritarios, y acciones de apoyo técnico-pedagógico para mejorar el rendimiento escolar de los estudiantes con bajo rendimiento académico.
El objetivo de la SEP es mejorar la calidad y equidad de la educación en los establecimientos educacionales que atienden alumnos cuyas condiciones socioeconómicas pueden afectar su rendimiento escolar; para avanzar hacia una educación con mejores oportunidades para todos.

INFORMATIVO TEXTOS ESCOLARES 2024

DECLARO: Por medio de la presente dejo constancia de la recepción de la carta informativa sobre la aceptación de los textos escolares de parte de este establecimiento.

RECEPCION CORREO ELECTRONICO (APODERADOS NUEVOS)

DECLARO: Por medio de la presente dejo constancia de la recepción conforme de la cuenta y contraseña del correo electrónico que como apoderado me comprometo a utilizar como medio de comunicación oficial y formal de comunicación del establecimiento.

ENTREGA DE INFORMACIÓN

DECLARO La información que se entrega en esta ficha de matrícula es fidedigna, yo como apoderado soy responsable de alguna omisión.

NOMBRE DEL APODERADO:

FECHA:

FIRMA APODERADO

IDENTIFICACION PERSONAL RESPONSABLE DE MATRICULA (DATOS USO INTERNO DEL COLEGIO)

FICHA RECIBIDA POR

FICHA REVISADA POR

INGRESADA AL SISTEMA POR