



## FICHA DE MATRICULA 2025

DATOS DEL ESTUDIANTE																
NOMBRE DEL ALUMNO(A)										RUT						
FECHA NAC				COLEGIO PROCED (NUEVOS)												
SEXO				CURSOS REPETIDOS:												
NACIONALIDAD				RELIGIÓN:												
TELEFONO				EMAIL:												
DIRECCIÓN																
PERTENE A ALGUNA ETNIA INDIGENA						SI		NO		¿CUAL?						
PADRE O MADRE ADOLESCENTE						SI		NO								
DATOS DE LA MADRE																
APODERADO		SI		NO		TITULAR			SUPLENTE							
NOMBRE DE LA MADRE										RUT						
DIRECCIÓN				ESCOLARIDAD												
FECHA NAC				PROFESIÓN U OCUPACION												
TELÉFONO				EMPRESA												
EMAIL				FONO EMPRESA												
DATOS DEL PADRE																
APODERADO		SI		NO		TITULAR:			SUPLENTE:							
NOMBRE DEL PADRE										RUT						
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 DE SALUD		VISUAL	SI		NO		AUDITIVO	SI		NO		CARDIACO	SI		NO	
COLUMNA	SI		NO		OTROS											
PESO	ESTATURA															
GRUPO DE SANGRE																
ALERGIAS	SI		NO		SI LA RESPUESTA ES SI, A QUE SERIA											
TOMA ALGUN TIPO MEDICAMENTO:		SI		NO	CUAL											
PADECE ALGUN TIPO DE PATOLOGIA CRONICA O TRATAMIENTO MEDICO		SI		NO	CUAL											
ALGUN MIEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR (INCLUIDO EL ESTUDIANTE) PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD (FISICA O MENTAL)																
SI		NO		CUAL												
CESFAM A CUAL PERTENECE:																
ANTECEDENTES SIGE																
¿POSEE REGISTRO SOCIAL DE HOGARES?		SI		NO												
0 – 40 %		41 – 50 %		51 – 60 %		61 – 70 %		71 – 80 %		81 – 90 %		91 – 100%				
RECIBE ALIMENTACION DE JUNAEB										SI		NO				
ESTUDIANTE PERTENECIO A PIE (PROGRAMA DE INTEGRACION ESCOLAR)										SI		NO				
EL ESTUDIANTE CURSO EN ALGUNA ESCUELA DE LENGUAJE (PRE KINDER)										SI		NO				
EN CASO DE EMERGENCIA EL ALUMNO PUEDE SER RETIRADO POR																



## FICHA DE MATRICULA 2025

### DIMENSION FAMILIAR 2024

#### TIPO DE FAMILIA DEL ESTUDIANTE (MARQUE CON UNA X)

NUCLEAR BIPARENTAL (AMBOS PADRES)	<input type="checkbox"/>
MONOPARENTAL CON JEFATURA FEMENINA (SOLO CON LA MADRE)	<input type="checkbox"/>
MONOPARENTAL CON JEFATURA MASCULINA (SOLO CON LA PADRE)	<input type="checkbox"/>
FAMILIAR RECONSTITUIDA (MADRE O PADRE CON NUEVA PAREJA)	<input type="checkbox"/>
EXTENDIDA ( A CARGO DE ABUELAS / OS)	<input type="checkbox"/>
NUMERO DE INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR	<input type="text"/>

### DECLARACION 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](http://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](http://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](http://www.colegiosanmartindeporres.com)

#### AUTORIZACIÓN A SITUACIONES ESPECIALES 2024

**DECLARO:** Otorgo consentimiento para la publicación de imágenes (fotografías y/o videos) año escolar **2025** 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 2025

**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 2025

**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