

FICHA DE PRE MATRÍCULA AÑO 2022
COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA, CLARA Y LEGIBLE.

Datos para la escuela

Curso Actual:

Estudiante pertenece al Programa Integración Escolar (P.I.E): Sí No

Estudiante ha repetido algún Nivel: Sí No

Antecedentes del Estudiante

Identificación del Estudiante:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

R.U.N: Fecha de nacimiento: Sexo: F M

Nacionalidad: Pueblo Originario (si es que pertenece)

Domicilio: Comuna:

Vive con: N° Hermanos: Hermanos en la escuela: SI NO

Curso Actual de los Hermanos en la escuela: Religión (del Estudiante):

Opta a Clases de Religión: SI NO En Caso de emergencia llamar a:

Teléfonos de contacto emergencia:

Teléfono 1 Teléfono 2 Teléfono 3

Antecedentes del Apoderado Titular

Identificación del apoderado Titular:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

R.U.N: Fecha de Nacimiento: Sexo: F M

Nacionalidad: Estado Civil:

Parentesco (con el estudiante): Nivel Educacional:

Domicilio: Comuna:

Teléfono de contacto: Email:

Situación Laboral: Profesión, arte u oficio (que desempeña)

Antecedentes del Apoderado Suplente

Identificación del apoderado Titular:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

R.U.N: Fecha de Nacimiento: Sexo: F M

Nacionalidad: Estado Civil:

Parentesco (con el estudiante): Nivel Educacional:

Domicilio: Comuna:

Teléfono de contacto: Email:

Situación Laboral: Profesión, arte u oficio (que desempeña)

Antecedentes de Salud y Social

Sector donde vive **Tipo de Vivienda donde vive**
Urbano- Rural Casa- Departamento- Mediagua – Pieza

Pertenencia de la vivienda: **N° Habitaciones:** **N° Camas:**
Propia- Arrendada- Allegado-Otro

N° Personas que la habitan: **Ingresos familiares (aprox)**

Grupo Sanguíneo del estudiante: **Sistema de Salud:**
En caso de estar en conocimiento Fonasa A, B, C, D – Isapre

Nombre del CESFAM o Clínica donde se atiende:

Enfermedades vigentes diagnosticadas del estudiante:
Ejemplo: Diabetes, Hipertensión, insuficiencia renal, etc.

Alergias Diagnosticadas: SI NO **Tipo de Alergia:**

Trastorno de Salud Mental Diagnosticado:
Ejemplo; Depresión- Trastorno Obsesivo compulsivo (TOC) - etc.

Otros antecedentes médicos de interés:
Ejemplo; algún tipo de operación que haya tenido el estudiante

**Reglamento Interno, Reglamento de Evaluación y Proyecto Educativo Institucional
 Autorización Desplazamiento Gimnasio**

Declaro por este acto recibir el Reglamento Interno de la Escuela José Abelardo Núñez N°1 de El Bosque, conocer su contenido y me obligo, al igual que él o la estudiante a quien represento, a cumplir con los deberes, prohibiciones y obligaciones contenidas en él, todo lo anterior enmarcado en la normativa educacional, especialmente la Circular N°482 del 2018 emitida por la Superintendencia de Educación y en la Política Nacional de Convivencia Escolar dictada por el Ministerio de Educación. Declaro además recibir y estar en conocimiento del Reglamento de Evaluación y estar en conocimiento del Proyecto Educativo Institucional vigentes, como también autorizar a mi hijo, hija o pupilo/a a desplazarse al Gimnasio de la Escuela José Abelardo Núñez N°1 de El Bosque, con motivo de alguna actividad patrocinada o propia de la función educativa de esta; con fecha _____

Nombre, Apellidos y Firma Apoderado/a

Autorización de Uso de Imagen

Declaro que autorizo a la Escuela José Abelardo Núñez N°1 de El Bosque y a la Fundación Educacional José Abelardo Núñez de la cual depende, a que utilice total o parcialmente, mi imagen, voz y/o reacciones o las de mi hijo, hija o pupilo/a, a fin de que la misma sea divulgada y/o incorporada con fines comunicacionales y/o publicitarios institucionales en medio de comunicación audiovisuales, radiales, gráficos, internet, vía pública y/o cualquier otro soporte conforme a los lineamientos de la Unidad de Comunicaciones de la Institución, siendo asimismo posible dicha utilización en el marco de otras campañas de interés público que se generen en lo sucesivo en la Fundación Educacional. En tal sentido, autorizo al establecimiento y a la Fundación a que, durante la emisión de publicidad institucional, edite las imágenes y ejecute todo otro acto encaminado a la divulgación del contenido, sin restricciones ni límites temporales, así como de medios para su reproducción y/o difusión. Dejo expresa constancia que por la suscripción de la presente cláusula, cedo de manera gratuita y total, y respecto a mí y a mi hijo, hija o pupilo/a, únicamente a la Fundación Educacional José Abelardo Núñez, en los términos de la presente cesión, el uso de mi imagen, incluso cuando yo o mi hijo, hija o pupilo/a no seamos parte de esta comunidad educativa; con fecha _____

Nombre, Apellidos y Firma Apoderado/a