

Número de Matrícula:

(Uso Exclusivo Establecimiento)



FICHA PERSONAL 2025

DATOS DE ESTUDIANTE

Nombres Completo:			
Curso 2025:	R.U.N.:	Sexo:	Nacionalidad:
Fecha Nacimiento:	Peso:	Estatura:	Curso que ha repetido:
Domicilio de Residencia:		N°	N°Depto:
Sector:		Comuna:	
Curso que ha repetido:			

DATOS DE LA MADRE

Nombre Completo:		R.U.N.:
Nivel Educacional:	Ocupación:	
Teléfono:	A.F.P.:	Previsión Salud:
Correo Electrónico:		

DATOS DEL PADRE

Nombre Completo:		R.U.N.:
Nivel Educacional:	Ocupación:	
Teléfono:	A.F.P.:	Previsión Salud:
Correo Electrónico:		

DATOS DEL APODERADO TITULAR: (ÚNICO AUTORIZADO A RETIRAR AL ALUMNO(A) Y ASISTIR A REUNIÓN DE CURSO).

Nombre Completo:		R.U.N.:
Domicilio:		
Teléfono:	Relación de Parentesco con el Alumno(a):	

DATOS DEL APODERADO SUPLENTE: (ÚNICO AUTORIZADO A RETIRAR AL ALUMNO(A) Y ASISTIR A REUNIÓN DE CURSO).

Nombre Completo:		R.U.N.:
Domicilio:		
Teléfono:	Relación de Parentesco con el Alumno(a):	

EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre Completo:	Teléfono en caso de Urgencia:
------------------	-------------------------------

OTROS DATOS:

¿Su pupilo(a) presenta alguna Enfermedad?:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuál?
¿Tiene Contraindicaciones Médicas?:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuál?

¿Proviene o Pertenece a algún Grupo Diferencial o Proyecto de Integración?:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Profesional que lo atiende:		
El estudiante se encuentra intervenido por alguna institución externa, por ejemplo (PPF, PIE, O.P.D. U OTRA INSTITUCION DERIVADA DEL TRIBUNAL DE FAMILIA)		
No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	
¿Cuál? _____		

MARQUE CON UNA "X" EN EL CURSO CORRESPONDIENTE AL AÑO 2024

<input type="checkbox"/> Octavo Básico	<input type="checkbox"/> Cuarto Medio	Promedio Año Anterior:
<input type="checkbox"/> Primero Medio		
<input type="checkbox"/> Segundo Medio		
<input type="checkbox"/> Tercero Medio		
Establecimiento de procedencia si el alumno(a) ingresa a primero u otro nivel:		

El alumno o alumna es beneficiado(a) con la beca de mantención o pertenece al programa de residencia escolar:

- Si** Beca Presidente de la República Beca Indígena
 Beca Bare Programa de Residencia Escolar
 Otro – Indique cuál: _____
- No**

Alguna vez, su pupilo o pupila ha sido atendido(a) en el programa de salud de JUNAEB

- Si** Oftalmólogo Otorrinolaringólogo Traumatólogo
 Otro – Indique cuál: _____
- No**

Pertenece, su pupilo o pupila al Programa de Alimentación Escolar (PAE)

- Si** Desayuno Almuerzo Tercera merienda
 Otro – Indique cuál: _____
- No**

Su pupilo o pupila pertenece a los siguientes programas de Gobierno

- Si** Programa seguridad familia y oportunidades
 Prioritario Preferente
 Otro – Indique cuál: _____
- No**

Sistema de salud, que beneficia al o la estudiante:

- Sin sistema de salud Fonasa A Fonasa B Fonasa C Fonasa D
 Isapre: Cuál? _____

Cesfam o Centro de Salud en que se Atiende el o la estudiante: _____

El o la estudiante, está o ha estado en tratamiento:

- Si** Neurológico Psicopedagógico Psicológico
 Otro – Indique cuál: _____
- No**

Antecedentes de salud del grupo familiar: Déficit de apoyo

- Familia Monoparental (el alumno vive sólo con la madre o padre. Marque uno de ellos)
 A cargos de los abuelos o parientes
 Solo ó a cargo de cuidadores
 Instituciones de protección del menor Ejemplo: (SENAME)
 Ambos padres
 Otro - ¿Cuál?

Antecedentes de salud del grupo familiar: Duplicidad de funciones

- El o la estudiante sólo estudia
 El o la estudiante estudia y trabaja
 Estudia y es padre o madre
 El o la estudiante es jefe de hogar

Antecedentes en caso de Accidentes Escolares:

Cuenta con Seguro privado de atención Si No

A qué Centro Asistencial de salud se debe dirigir por el Seguro Privado: _____

LOS DATOS Y DOCUMENTOS ENTREGADOS DEBEN ESTAR COMPLETOS, SER AUTÉNTICOS Y FIDEDIGNOS. SLLA FICHA ESTA INCOMPLETA NO SE PODRÁ CONTINUAR CON EL PROCESO DE MATRÍCULA.