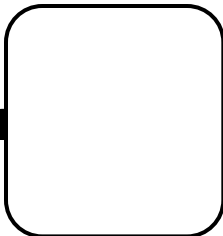




COLEGIO NIRVANA

FICHA DE INSCRIPCIÓN / MATRÍCULA

Nº MATRÍCULA:



FECHA:...../...../.....

CURSO		AÑO LECTIVO	2017
--------------	--	--------------------	------

I.- ANTECEDENTES DEL ALUMNO

Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombres			RUN
Edad		Sexo	
		Fecha Nacimiento	
Domicilio			Nº
Población			Fonos
Comuna		Ciudad	
		Chile Solidario Puente	SI NO
Apellido Indígena	SI No	JUNAEB	
		Acepto que mi pupilo curse la asignatura de Religión	SI NO

II.- ANTECEDENTES ESCOLARES

Escuela Procedencia		Cursos Repetidos	
Promedio Anterior		Proviene con cupo PIE	SI NO
		Adjunta Informe	SI NO

III.- ANTECEDENTES APODERADO

Apoderado Titular		Rut.:	
Dirección			Nº
Población		Parentesco	Fono
Nivel Escolar		Profesión Actividad	
e-mail			
Apoderado Suplente		Rut.:	
Dirección			Nº
Población		Parentesco	Fono
Nivel Escolar		Profesión Actividad	

IV.- REGISTRO DE RETIRO DEL ALUMNO

Se va solo	SI	NO	En Furgón	SI	NO
-------------------	-----------	-----------	------------------	-----------	-----------

Nombre Encargado Furgón Escolar	Celular:

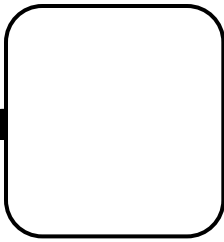
	Vive con	Nombre	RUT	Ocupación	Nivel Escolar	Domicilio	Fono
Papá							
Mamá							
Otro							

En caso de emergencia comunicarse con: _____
 Teléfonos (Trabajo) : _____



COLEGIO NIRVANA

FICHA DE INSCRIPCION / MATRÍCULA



VI.- ANTECEDENTES SOCIO-ECONOMICOS

A.- VIVIENDA

Propia		Arrendada		Cedida		Allegado		Nº Habitaciones para Dormir	
--------	--	-----------	--	--------	--	----------	--	-----------------------------	--

B.- ANTECEDENTES ECONOMICOS

Renta		Otros Ingresos		Total Ingresos	
-------	--	----------------	--	----------------	--

C.- ANTECEDENTES SOCIALES

CAS	SI		NO	
-----	----	--	----	--

D.- ASISTENCIALIDAD: BECAS

Beca Indígena	SI	NO
Beca Retención Escolar	SI	NO
Beca Presidente de la República	SI	NO

VII.- DOCUMENTACION ADJUNTA

Certificado de Nacimiento		Autorización Matrícula Provisoria	
Certificado Anual Estudios		Libreta de Notas	
Certificado de Salud		Informe Personalidad	

VIII.- PROGRAMA DE INTEGRACION ESCOLAR - PIE

Solicita cupo PIE	SI	NO	Observaciones:
Posee diagnóstico	SI	NO	
Indique cuál:			

Nota: No recibir documentación alguna, derivar a entrevista con coordinadora PIE.

IX.- OBSERVACIONES

A.- Antecedentes de Salud, Tratamientos, Alergias, Cuidados especiales, etc.:

REQUISITO OBLIGATORIO

Tomo conocimiento que debo asistir a taller informativo sobre Proyecto Educativo Institucional, en las fechas establecidas.

Firma Apoderado

FIRMA DEL APODERADO

NOMBRE Y FIRMA
FUNCIONARIO RESPONSABLE

VIII.- RETIRO DE DOCUMENTOS

Causa		
Nombre		
RUT		
Fecha	Firma	

Fecha: ____ / ____ / ____