



FICHA DE MATRÍCULA AÑO ESCOLAR 2026

❖ Completar todos los datos con letra clara

CURSO 2026: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

APODERADO/A: _____

❖ CELULARES DE CONTACTO:

Apoderado/a: _____ Alternativo: _____ Otro: _____

❖ ANTECEDENTES PERSONALES DEL ESTUDIANTE

RUT:

Nombre completo del/la estudiante:

Fecha de Nacimiento:

Nacionalidad:

Dirección:

N°

Población:

Referencia:

Quién retira al estudiante del Establecimiento (nombre y parentesco)

Quién retira en forma suplente (nombre y parentesco)

❖ IDENTIFICACIÓN INDÍGENA

El padre o madre posee calidad indígena Sí__ No__. Reconocen pertenecer a un pueblo indígena Sí__ No__. El estudiante posee apellido indígena Sí__ No__. Acredita procedencia indígena por tres generaciones Sí__ No__. El estudiante se autoidentifica con ascendencia indígena Sí__ No__

❖ ANTECEDENTES DE SALUD

Posee algún seguro de salud. _____ cuál: _____

Tiene alguna enfermedad crónica (Cuál)

Toma algún tipo de medicamento (Cuál)

Es alérgico: SI / NO ¿A qué?

➤ SOLO ESTUDIANTES NUEVOS

❖ ANTECEDENTES ESCOLARES Y SOCIALES

Nivel al que ingresa:

Colegio o jardín de procedencia:

Repitencia: SI _____ NO _____ Curso _____

¿Estudiante pertenece a Programa de Integración? NO _____

*SI _____ *Año de ingreso: _____

¿Cuál es su diagnóstico? _____

❖ ANTECEDENTES DE LA MADRE		
Nombre completo de la madre:		
Rut:	Fecha Nacimiento:	Nacionalidad:
Dirección:		
Profesión, actividad u oficio:		
Lugar de trabajo:	Dirección:	
Teléfono trabajo:	Celular:	
Correo electrónico:		

❖ ANTECEDENTES DEL PADRE		
Nombre completo del padre:		
Rut:	Fecha Nacimiento.:	Nacionalidad:
Dirección:		
Profesión, actividad u oficio:		
Lugar de trabajo	Dirección	
Teléfono trabajo:	Celular:	
Correo electrónico:		

❖ COMPLETAR <u>EN CASO DE QUE EL APODERADO NO SEA EL PADRE O LA MADRE</u>		
Nombre completo:	Parentesco:	
Rut:	Fecha Nacimiento.:	Nacionalidad:
Dirección:		
Sistema de Salud (Isapre, Fonasa, otro):		
Profesión, actividad u oficio:		
Lugar de trabajo	Dirección:	
Escolaridad (último curso aprobado):		
Teléfono trabajo:	Celular:	
Correo electrónico:		

.....
Nombre y Firma del Apoderado/a

AUTORIZACIÓN SALIDAS PEDAGÓGICAS

Con fecha____/____/____, yo.....

Apoderada/o dedel curso.....

SI..... NO.....autorizo a mi hijo/a para que salga del establecimiento, junto con el profesor/a que corresponda, a diversas actividades que se programen durante el año escolar 2026.

Firma: RUT:

AUTORIZACIÓN DE IMAGEN PARA MENORES DE EDAD

Con fecha____/____/____, yo.....

Apoderada/o dedel curso.....

SI..... NO.....autorizo la difusión de fotografías, grabaciones de video, etc., en que aparezca mi hijo/a en medios impresos o redes sociales, siempre que se enmarque en el registro de actividades de nuestro establecimiento.

Firma: RUT:

**COMPROMISO CON EL PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL DEL
ESTABLECIMIENTO AÑO 2026.**

Con fecha ____/____/____.

Declaro que, me adhiero al Proyecto Educativo Institucional del Colegio El Camino a la Fuente; que
He tomado conocimiento de este documento el cual se encuentra en la página web del establecimiento.
Comprometiéndome a respetar, cumplir y aceptar todo lo que en él se dispone.

Nombre:

Firma:

Rut:

❖ **SOLO EDUCACIÓN BÁSICA**

PROPUESTA	MARQUE CON UNA X
Opto por clases de Religión	
No opto por clases de religión (otra alternativa formativa)	

- ❖ Nuestra clase **de religión** (Cultivo del espíritu), pretende ser un espacio para el desarrollo de la dimensión espiritual de nuestros niños y niñas, abordando valores universales, sin apego a ninguna religión en particular y con el respeto a todas las expresiones de fe.