



CORPORACIÓN EDUCACIONAL APRENDER
Colegio Técnico Profesional Aprender
Avda. Santo Tomás 0963, La Pintana
5160064- 5163489

FICHA DE INSCRIPCION 2014.

I.- ANTECEDENTES DEL ALUMNO

Nombre: _____

Rut: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Comuna: _____

Teléfono: _____ Correo @: _____

Nacionalidad: _____ Religión: _____

Ascendencia: _____ Indíquela: _____

En caso de emergencia avisar a: _____ Teléfono: _____

Curso al que postula: _____ Ultimo curso aprobado: _____

Integrada(o): _____ Repitente: _____ Embarazada: _____

Escuela o Jardín de procedencia: _____

II.- ANTECEDENTES DE LA MADRE

Nombre: _____

Rut: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Comuna: _____

Teléfono: _____ Correo @: _____

Nacionalidad: _____ Religión: _____

Estado Civil: _____ Nivel de Educación(*): _____

Lugar de trabajo: _____ Teléfono: _____

Profesión u ocupación: _____

Indicar si será apoderado SI _____ NO _____

III.- ANTECEDENTES DEL PADRE

Nombre: _____
Rut: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Comuna: _____
Teléfono: _____ Correo @: _____
Nacionalidad: _____ Religión: _____
Estado Civil: _____ Nivel de Educación(*): _____
Lugar de trabajo: _____ Teléfono: _____
Profesión u ocupación: _____
Indicar si será apoderado SI _____ NO _____

IV.- ANTECEDENTES DEL APODERADO (Solo si es diferente a los padres)

Nombre: _____
Rut: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____ Comuna: _____
Teléfono: _____ Correo @: _____
Nacionalidad: _____ Religión: _____
Estado Civil: _____ Nivel de Educación(*): _____
Lugar de trabajo: _____ Teléfono: _____
Profesión u ocupación: _____

VI.- INFORMACIÓN SOCIAL

Nº de hermanos: _____ lugar que ocupa la alumna(o) entre los hermanos: _____

Vive con:
a.- Ambos Padres _____ b.- Solo Madre _____ c.- Solo Padre _____ d.- Otros _____(indicar)

Ingreso familiar: \$ _____.-

VII.- LA ALUMNA(O) PERTENECE A:

Programa Junaeb: _____ Chile Solidario: _____ Programa Puente: _____

Subsidio (SUFM): _____ Pensión invalidez: _____ PAE: _____

VIII.- INFORMACIÓN DE SALUD

Peso: _____ Estatura: _____ Sistema de salud: _____

Si corresponde a Fonasa marcar letra: A B C D
Si corresponde Isapre debe colocar el nombre de dicha institución

Problemas de salud que el colegio debe conocer _____

Medicamentos prohibidos _____

Grupo de Sangre: _____ Otros problemas _____

IX.- GRUPO FAMILIAR, CON QUIEN VIVE EL ALUMNO(A)

Nombre	Parentesco	Edad	Escolaridad	Actividad

X.- OTROS ANTECEDENTES

a) Hermanos en este Colegio:

Nº	Nombre	Curso

b) Señale por qué postula su hijo (a) a este colegio:

*** Adjuntar los siguientes Certificados:**

RESERVADO AL COLEGIO		
1. Certificado de Nacimiento para Matrícula del alumno	SI	NO
2. Certificado de alumno regular año 2013.	SI	NO
3. Copia certificado Promoción año 2012.	SI	NO
4. Informe Personalidad 2013.	SI	NO

FIRMA DEL APODERADO