

# FICHA DE MATRÍCULA 2026

|  |                         |  |                                   |
|--|-------------------------|--|-----------------------------------|
| Fecha de matrícula o registro de datos<br>____/____/____ | N° de registro<br>_____ | Fecha de incorporación al curso (2026)<br>____/____/____ | Fecha de retiro<br>____/____/____ |
|--|-------------------------|--|-----------------------------------|

## 1.A ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE

|                           |                           |                  |
|---------------------------|---------------------------|------------------|
| Apellido Paterno<br>_____ | Apellido Materno<br>_____ | Nombres<br>_____ |
|---------------------------|---------------------------|------------------|

|   |                                       |                                      |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|
| RUT o IPE (Identificador provisorio escolar)<br>_____ | Fecha de Nacimiento<br>____/____/____ | Sexo (Femenino o masculino)<br>_____ |
|---|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                     |                                     |   |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| Teléfono de contacto Padre<br>_____ | Teléfono de contacto Madre<br>_____ | Teléfono de contacto tutor legal (en caso que sea distinto al padre o madre)<br>_____ |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|

## 1.B ANTECEDENTES DE SALUD DEL ESTUDIANTE

|   |  |   |
|---|--|---|
| ¿Padece alguna enfermedad física crónica y diagnosticada?<br>SÍ. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Si tu respuesta es afirmativa, señale cuál enfermedad<br>_____ | Presenta certificado médico que acredite enfermedad crónica?<br>SÍ. <input type="checkbox"/> PENDIENTE <input type="checkbox"/><br><small>Presentar certificado actualizado en marzo a Dirección de Ciclo</small> |
|---|--|---|

|   |  |  |
|---|--|--|
| Grupo sanguíneo del estudiante<br>_____ | ¿Alergias? ¿De qué tipo? Indique detalles<br>_____ | ¿Está en tratamiento médico por alguna enfermedad?<br>SÍ. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|---|--|--|

## 1.C DECLARACIÓN DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Yo, \_\_\_\_\_ apoderado(a) de \_\_\_\_\_, declaro que la salud de mi hijo(a) o pupilo(a) es compatible con la actividad física escolar, tanto en clases de; Educación física y Salud, Taller Deportivo, Electivo Promoción de estilos de vida activos y saludables como en períodos de recreación.

Importante: Si el estudiante presenta alguna patología de salud (de cualquier tipo), presentar certificado con diagnóstico actualizado en el mes de marzo a Profesor Jefe

## 1.D ANTECEDENTES ECOLARES DEL ESTUDIANTE

|   |   |
|---|---|
| Procedencia (Institución Educacional curso anterior)<br>_____ | Opta por clases de religión:<br>Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> |
|---|---|

|                                    |                                    |                            |
|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| Repitente <input type="checkbox"/> | Promovido <input type="checkbox"/> | Curso al que ingresa _____ |
|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------|

## 2. ANTECEDENTES SOBRE NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES (NEE)

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>¿Estudiante cuenta con diagnóstico de alguna NEE?</b><br><br>Sí <input type="checkbox"/><br><br>No <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Trastorno de déficit atencional (TDA)                     | <b>Importante:</b><br><br><i>En marzo 2026 me comprometo a solicitar entrevista con Dirección de Ciclo para presentar documentación actualizada del diagnóstico, terapias y/o tratamiento.<br/>Lo anterior permitirá determinar el tipo de adecuaciones necesarias para él o la estudiante</i> |
|  | <input type="checkbox"/> Trastorno de déficit atencional con hiperactividad (TDAH) |  |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual (DI)   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del Espectro Autista (TEA)  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad múltiple (2 o más)   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____   |  |  |

## 3. ANTECEDENTES FAMILIARES DEL ESTUDIANTE

### A. Madre

|  |                    |                     |
|--|--------------------|---------------------|
| Nombre completo  |                    | Cedula de Identidad |
| Domicilio (calle / número / sector, villa y/o población) |                    | Número de contacto  |
| Escolaridad  | Profesión u Oficio | Lugar de Trabajo    |

### B. Padre

|  |                    |                     |
|--|--------------------|---------------------|
| Nombre completo  |                    | Cedula de Identidad |
| Domicilio (calle / número / sector, villa y/o población) |                    | Número de contacto  |
| Escolaridad  | Profesión u Oficio | Lugar de Trabajo    |

### C. Completar solo si el(la) estudiante vive con Tutor Legal (distinto al padre o madre)

|  |                    |                     |
|--|--------------------|---------------------|
| Nombre completo  |                    | Cedula de Identidad |
| Domicilio (calle / número / sector, villa y/o población) |                    | Número de contacto  |
| Escolaridad  | Profesión u Oficio | Lugar de Trabajo    |

## 4. INFORMACIÓN ADICIONAL FAMILIAR:

|   |                     |                |
|---|---------------------|----------------|
| Número de integrantes del grupo familiar                | Nombre hermano(os): | Curso año 2026 |
| _____   | _____               | _____          |
| ¿Tiene hermanos en el colegio?                          | _____               | _____          |
| SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | _____               | _____          |
|   | _____               | _____          |

**5. INFORMACIÓN APODERADO(A):** (Todos deben ser mayores de 18 años)

Nombre Apoderado Titular: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

*En mi calidad de Apoderado Titular, declaro que estas son las únicas personas autorizadas como apoderados suplentes para efecto de retiros, asistencia a citaciones o cualquier otra actividad vinculada con el Colegio y mi pupilo(a)*

.....

Nombre Apoderado Suplente 1: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

RUT Apoderado Suplente 1: \_\_\_\_\_ Teléfono Apoderado Suplente 1: \_\_\_\_\_

Vínculo con el estudiante: \_\_\_\_\_

.....

Nombre Apoderado Suplente 2: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

RUT Apoderado Suplente 2: \_\_\_\_\_ Teléfono Apoderado Suplente 2: \_\_\_\_\_

Vínculo con el estudiante: \_\_\_\_\_

**6. AUTORIZACIÓN ANUAL DE SALIDAS PEDAGÓGICAS:**

*En mi calidad de Apoderado(a) Titular, otorgo autorización para que mi hijo(a) o pupilo(a) participe de todas las salidas pedagógicas que el Colegio en conjunto con sus profesores y asistentes, planifique para el año escolar 2026.*

*Declaro conocer que dichas actividades, podrán ser: visitas de estudio, salidas vocacionales, recorridos por espacios comunes de la localidad o barrio, visitas a plazas, participación en actividades artísticas, deportivas o culturales de carácter religioso o comunitario, salidas al cine, clases ejecutadas en espacios técnicos (piscina – canchas sintéticas), exposiciones y/o cualquier actividad fuera del establecimiento educacional, que se encuentre previamente informada.*

*Dejo constancia de que se me informó que toda actividad fuera del colegio, será supervisada por personal del establecimiento educacional, que velará por el cuidado y seguridad de los estudiantes durante el desarrollo de la misma y de que en aquellos casos en los que amerite, el colegio proveerá el transporte necesario para los estudiantes.*

*Finalmente, me comprometo a informar oportunamente y por escrito a los encargados de la actividad, cuando mi hijo(a) o pupilo(a), no pueda participar de una salida pedagógica.*

Nombre Apoderado: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**7. TOMA CONOCIMIENTO DE : USO DE IMÁGENES EN ACTIVIDADES EDUCATIVAS**

Durante el año escolar, se desarrollan diversas actividades educativas y recreativas de las cuales el colegio deja registro fotográfico y audiovisual. Estas imágenes, podrían ser publicadas en la página web institucional, redes sociales o en otro medio impreso autorizado por el colegio, para que la comunidad escolar esté informada de las actividades realizadas. Por tanto, tomo conocimiento de que mi pupilo(a) podría aparecer en imágenes de carácter general, grupal e individual, en representación de su establecimiento educacional.

**8. TOMA CONOCIMIENTO DE : PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL Y REGLAMENTO INTERNO Y MANUAL DE CONVIVENCIA ESCOLAR AÑO 2026**

El Colegio Colonos de Alerce posee un Proyecto Educativo Institucional (PEI) que establece nuestra Visión, Misión, Sellos Educativos y Objetivos Institucionales, un Reglamento Interno de Evaluación y Promoción (RIEP) y un Reglamento Interno de Convivencia Escolar (RICE), que establece los derechos y deberes de toda la Comunidad Escolar, así como también las normas y protocolos que rigen la Convivencia Escolar y los procesos de Evaluación, Calificación y Promoción Escolar.

Para su información a la Comunidad, hemos dispuesto los siguientes medios de publicación y difusión:

- Página web del colegio [www.colegiocolonos.cl](http://www.colegiocolonos.cl)
- Plataforma MIME del Ministerio de Educación.
- Copia física disponible en Biblioteca del Establecimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma Apoderado(a) Titular

**Importante:**

- En caso que el estudiante haya postulado a otro establecimiento por SAE y no lo ha informado al Colegio, se procederá a anular esta ficha de matrícula.
- La ficha de matrícula es VÁLIDA solo con el nombre y forma del personal autorizado por el Colegio

Observaciones:

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Nombre del personal autorizado por el Colegio

\_\_\_\_\_  
Firma