



FICHA DE MATRÍCULA 2026

| DATOS DEL ALUMNO                                                                                                                                                                                                           |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|---------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------|--------------------------------------|-----------------------|--|
| Nombres:                                                                                                                                                                                                                   |  |                         |  |                                             |                                        | Curso 2026:         |                                      |                       |  |
| Apellido Paterno:                                                                                                                                                                                                          |  |                         |  | Apellido Materno:                           |                                        |                     |                                      |                       |  |
| Rut:                                                                                                                                                                                                                       |  | F. de Nacimiento:       |  |                                             | Sexo:                                  |                     | Nacionalidad:                        |                       |  |
| Dirección                                                                                                                                                                                                                  |  |                         |  | Número:                                     |                                        | Comuna:             |                                      | Región:               |  |
| Religión:                                                                                                                                                                                                                  |  | Teléfono de Emergencia: |  |                                             | Responsable Teléfono de Emergencia:    |                     |                                      |                       |  |
| Alumno Prioritario <input type="checkbox"/> Alumno Preferente <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>                                                                                                    |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| ¿Qué tipo de Internet hay en el domicilio?                                                                                                                                                                                 |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| No Tiene <input type="checkbox"/> Internet del Celular <input type="checkbox"/> WIFI <input type="checkbox"/> WIFI + Internet del Celular <input type="checkbox"/>                                                         |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| ¿Con cuántos computadores/tablets/Smartphones cuenta en casa?:                                                                                                                                                             |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| Registro Social de Hogares SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                         |  |                         |  | Cantidad de Integrantes del grupo familiar: |                                        |                     |                                      |                       |  |
| ¿Con quién vive el estudiante?:                                                                                                                                                                                            |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| Pertenece a algún Pueblo Originario SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                |  |                         |  | ¿Cuál?:                                     |                                        |                     |                                      |                       |  |
| Colegio de Procedencia:                                                                                                                                                                                                    |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| FICHA MÉDICA                                                                                                                                                                                                               |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| Peso (kg):                                                                                                                                                                                                                 |  | Altura:                 |  |                                             | Centro de Salud en el cual se atiende: |                     |                                      |                       |  |
| ¿El estudiante presenta alguna condición de salud física o psicológica?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                           |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| SI SU RESPUESTA ANTERIOR FUE SI, ESPECIFIQUE CUAL                                                                                                                                                                          |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| Condición:                                                                                                                                                                                                                 |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| ¿El estudiante presenta algún tipo de alergia?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                    |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| SI SU RESPUESTA ANTERIOR FUE SI, INDIQUE EL TIPO DE ALERGIA                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| Alergia a:                                                                                                                                                                                                                 |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES                                                                                                                                                                                          |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| ¿El estudiante presenta alguna necesidad educativa especial? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                       |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| NOTA: Si es estudiante nuevo y su respuesta fue SI a la pregunta anterior, presentar al momento de la matrícula toda la documentación relacionada al diagnóstico emitida por profesionales del área de la salud y escolar. |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| Indique con una X si presenta alguna de estas Necesidades educativas especiales permanentes.                                                                                                                               |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| Trastorno Espectro Autista (TEA)                                                                                                                                                                                           |  | Síndrome de Down        |  | Discapacidad Intelectual                    |                                        | Discapacidad Visual |                                      | Discapacidad Auditiva |  |
| Indique con una X si presenta alguna de estas Necesidades educativas especiales transitorias.                                                                                                                              |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| Trastorno Déficit Atencional (TDA)                                                                                                                                                                                         |  | Trastorno del lenguaje  |  | Funcionamiento Intelectual Límitrofe (FIL)  |                                        |                     | Dificultad específica de aprendizaje |                       |  |
| ¿Ha participado del Programa de Integración Escolar (PIE)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                         |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| ¿El estudiante se encuentra con tratamiento farmacológico? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                         |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| SI SU RESPUESTA ANTERIOR FUE SI, INDIQUE CUÁL                                                                                                                                                                              |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| Nombre medicamento:                                                                                                                                                                                                        |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| DATOS DEL APODERADO TITULAR                                                                                                                                                                                                |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| Nombres:                                                                                                                                                                                                                   |  |                         |  | Apellido Paterno:                           |                                        |                     |                                      |                       |  |
| Apellido Materno:                                                                                                                                                                                                          |  |                         |  | Vínculo Familiar:                           |                                        |                     | Tutor legal: SI ____ NO ____         |                       |  |
| Rut:                                                                                                                                                                                                                       |  | F. de Nacimiento:       |  |                                             | Sexo:                                  |                     | Nacionalidad:                        |                       |  |
| Dirección                                                                                                                                                                                                                  |  |                         |  | Número:                                     |                                        | Comuna:             |                                      | Región:               |  |
| Religión:                                                                                                                                                                                                                  |  | Teléfono:               |  |                                             | Mail:                                  |                     |                                      |                       |  |
| NIVEL DE ESCOLARIDAD                                                                                                                                                                                                       |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| Indique el último nivel educativo cursado. (Si está estudiando, indique el nivel que se encuentra cursando)                                                                                                                |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| <input type="checkbox"/> 1° año de educación básica. <input type="checkbox"/> 2° año de educación básica. <input type="checkbox"/> 3° año de educación básica. <input type="checkbox"/> 4° año de educación básica.        |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| <input type="checkbox"/> 5° año de educación básica. <input type="checkbox"/> 6° año de educación básica. <input type="checkbox"/> 7° año de educación básica. <input type="checkbox"/> 8° año de educación básica.        |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| <input type="checkbox"/> 1° año de educación media. <input type="checkbox"/> 2° año de educación media. <input type="checkbox"/> 3° año de educación media. <input type="checkbox"/> 4° año e. media científico h.         |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| <input type="checkbox"/> 4° año de e. media. Técnico Profesional. <input type="checkbox"/> Educación Centro de formación técnica en curso o incompleto.                                                                    |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| <input type="checkbox"/> Titulado de Educación en un Centro de formación técnica incompleto. <input type="checkbox"/> Educación Universitaria en curso o incompleta.                                                       |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |
| <input type="checkbox"/> Titulado de Universidad. <input type="checkbox"/> Estudiante o titulado de magíster. <input type="checkbox"/> Estudiante o titulado de doctorado <input type="checkbox"/> No recuerda.            |  |                         |  |                                             |                                        |                     |                                      |                       |  |



OCUPACIÓN

¿Cuál es la situación laboral de la persona asociada al estudiante? Seleccione una alternativa.

- ☐ Trabaja Jornada Completa (Todo el día).
- ☐ Trabaja Jornada Parcial (Medio día o algunas horas al día).
- ☐ No trabaja en este momento, pero está en búsqueda de trabajo.
- ☐ No trabaja y no está en búsqueda de trabajo (Dueña de casa, jubilado, pensionado, etc.).
- ☐ Otro.

Si actualmente la persona trabaja, ¿dónde trabaja principalmente? Seleccione una alternativa.

- ☐ En el hogar.
- ☐ Fuera del hogar.
- ☐ No trabaja.

DATOS DEL APODERADO SECUNDARIO

|                       |                   |                   |                              |
|-----------------------|-------------------|-------------------|------------------------------|
| Nombres:              |                   | Apellido Paterno: |                              |
| Apellido Materno:     |                   | Vínculo Familiar: | Tutor legal: SI ____ NO ____ |
| Rut:                  | F. de Nacimiento: | Sexo:             | Nacionalidad:                |
| Dirección             |                   | Número:           | Comuna:                      |
| Región:               |                   | Teléfono:         |                              |
| Religión:             |                   | Mail:             |                              |
| Nivel de Escolaridad: |                   | Ocupación:        |                              |

AUTORIZACIÓN USO DE IMÁGENES

La Dirección del establecimiento mediante el presente formulario, solicita el consentimiento de los padres o apoderados para la publicación de imágenes (fotografías o videos) de los/as estudiantes durante el periodo lectivo 2026, con la finalidad de ser utilizadas en los medios internos y externos de nuestra institución: sitio web, redes sociales institucionales o medios de difusión como pendones, afiches gigantografías, entre otros.

Las imágenes serán utilizadas con el objetivo de informar a los miembros de la comunidad educativa acerca de actividades pedagógicas o extracurriculares, realizadas tanto dentro como fuera de la institución, además de destinarse para difundir la labor de nuestra institución en distintas instancias y medios.

En caso de NO autorizar, se solicita comunicar su decisión a sus hijos o menores a cargo de su tutela, para contar con la colaboración de ellos evitando aparecer de cerca o en primer plano al momento de alguna grabación o toma de fotografías al interior de la institución, o en actividades académicas dentro o fuera del establecimiento.

Yo: \_\_\_\_\_, RUN N°: \_\_\_\_\_

- ☐ Autorizo.
- ☐ No autorizo.

Al establecimiento, Colegio María de Andacollo a publicar imágenes (fotografías o videos) donde aparezca mi hijo/a o menor a cargo de mi tutela, destinadas a difundir la labor del establecimiento en distintas instancias y medios.

CLASES DE RELIGIÓN

A través de la presente, le informamos que los estudiantes para el año 2026, recibirán 2 horas de clases semanales de religión católica dentro del horario lectivo. Por lo anterior es que le solicitamos marcar con una X si opta o no por las clases. En caso que su respuesta sea NO, le solicitamos procurar que el estudiante traiga material de trabajo acorde a la religión que como familia profesan.

- ☐ Si opto por clases de Religión.
- ☐ No opto por clases de Religión.

El apoderado declara conocer y aceptar el Reglamento Interno de Convivencia del Establecimiento, y se compromete a asistir a reuniones y citaciones de Padres y Apoderados que se realicen durante el presente año académico en cuanto el Establecimiento lo requiera, y se compromete a colaborar en el proceso de enseñanza y aprendizaje de su hijo(a).

NOMBRE Y FIRMA DE APODERADO