PROCESO ADMISION

AÑO

SOLICITUD DE MATRICULA



FECHA DE POSTULACION: / /2020

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATOS GENERALES: | | | | | | |
| NOMBRE COMPLETO DEL POSTULANTE | | | | | | |
| RUT | | FECHA DE NACIMIENTO | | EDAD CUMPLIDA AL 1° DE MARZO | | ALUMNO REPITENTE  SI NO |
| CURSO AL QUE POSTULA | | COLEGIO DE PROCEDENCIA | | ALUMNO VIVE CON  Ambos Padres | Padre | Madre Otro: |
| DOMICILIO / COMUNA | | | | | TELEFONO DE CONTACTO: | |
| Nº HERMANOS | LUGAR QUE OCUPA ENTRE ELLOS  Mayor Del Medio | | Menor | Otro: | ANTECEDENTES ESPECIALES DE SALUD | |

INTERESADO PRESENTA:

DOCUMENTACION

Certificado de Nacimiento Informe de Personalidad

Certificado de Estudio Año Anterior Certificado de Vacunas

Certificado de Notas Parciales Año en Curso

Otro Documento:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ANTECEDENTES DEL PADRE: Será el Apoderado | | | | | |
| NOMBRE COMPLETO | | | | RUT | |
| DOMICILIO (Llenar si es distinto al del postulante) | | COMUNA | | | TELEFONO |
| PROFESION | EMPRESA | | CARGO | | |
| TELEFONO COMERCIAL | TELEFONO CELULAR | | EMAIL | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ANTECEDENTES DE LA MADRE: Será el Apoderado | | | | | |
| NOMBRE COMPLETO | | | | RUT | |
| DOMICILIO (Llenar si es distinto al del postulante) | | COMUNA | | | TELEFONO |
| PROFESION | EMPRESA | | CARGO | | |
| TELEFONO COMERCIAL | TELEFONO CELULAR | | EMAIL | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ANTECEDENTES DEL APODERADO: Llenar sólo si Apoderado es distinto al Padre y la Madre | | | | | |
| NOMBRE COMPLETO | | | | RUT | |
| DOMICILIO (Llenar si es distinto al del postulante) | | COMUNA | | | TELEFONO |
| PROFESION | EMPRESA | | CARGO | | |
| TELEFONO COMERCIAL | TELEFONO CELULAR | | EMAIL | | |

|  |
| --- |
| OBSERVACIONES |
| COLEGIO SOLICITA DOCUMENTACION ADICIONAL:  Certificado de Nacimiento Certificado de Estudio Año Anterior Certificado de Notas Parciales Año en Curso Informe de Personalidad Certificado de Vacunas Otro Documento: |
| OTRAS OBSERVACIONES:  Valor Arancel: Valor Cuota:  Fecha del Examen: Hora del Examen: |