

**LICEO PARTICULAR CARDENAL RAÚL SILVA HENRÍQUEZ [RBD: 15722-8]**

Nancagua / Colchagua / AVDA. JOSÉ DOMINGO JARAMILLO 34

Tel: 722859279

HTTP://WWW.LICEOCARDENALRAULSILVAHENRIQUEZ.CL/

NOMBRE DEL ALUMNO(A):

RUT:

CURSO:

DIRECCIÓN:

NRO MATRÍCULA:



<b>NOMBRE DEL ALUMNO(A):</b>		<b>RUT:</b>	
FECHA NAC:	RELIGIÓN:	COLEGIO PROCED:	
SEXO:	FECHA RETIRO:	MOTIVO RETIRO:	
NACIONALIDAD:	RETIRADA TITULAR:	RETIRADA SUPLENTE:	
TELEFONO:	CURSOS REPETIDOS:	OPTA RELIGIÓN	
EMAIL:			
DIRECCIÓN:			
CONDICIONALIDAD:			
OBSERVACIÓN:			
<b>NOMBRE DE LA MADRE:</b>		<b>RUT:</b>	
DIRECCIÓN:	ESCOLARIDAD:	PROFESIÓN:	
FECHA NAC:	EMPRESA:	FONO EMPRESA:	
TELÉFONO:			
EMAIL:			
<b>NOMBRE DEL PADRE:</b>		<b>RUT:</b>	
DIRECCIÓN:	ESCOLARIDAD:	PROFESIÓN:	
FECHA NAC:	EMPRESA:	FONO EMPRESA:	
TELÉFONO:			
EMAIL:			
<b>NOMBRE DEL PRIMER APODERADO:</b>		<b>RUT:</b>	
DIRECCIÓN:	ESCOLARIDAD:	PROFESIÓN:	
FECHA NAC:	EMPRESA:	FONO EMPRESA:	
TELÉFONO:			
EMAIL:			
<b>NOMBRE DEL SEGUNDO APODERADO:</b>		<b>RUT:</b>	
DIRECCIÓN:	ESCOLARIDAD:	PROFESIÓN:	
FECHA NAC:	EMPRESA:	FONO EMPRESA:	
TELÉFONO:			
EMAIL:			
<b>NOMBRE DEL TUTOR:</b>		<b>RUT:</b>	
DIRECCIÓN:	ESCOLARIDAD:	PROFESIÓN:	
FECHA NAC:	EMPRESA:	FONO EMPRESA:	
TELÉFONO:			
EMAIL:			
<b>DATOS DE EMERGENCIA</b>			
AVISAR A:	TELÉFONOS:		
TRASLADAR A:	ISAPRE/FONASA:		
SEGURO:	OBSERVACIÓN:		
<b>ANTECEDENTES DE SALUD</b>			
PROBLEMAS SALUD:	Visual: No   Auditivo: No   Cardíaco: No   Columna: No	PESO:	GRUPO SANGRE:
OBS de SALUD:		TALLA:	OTRO:
<b>ANTECEDENTES SIGE</b>			
JUNAEB:	CHILE:	INDIGENA:	EMBARAZADA:
REPITENTE:	VULNERABLE:	PRIORITARIO:	PIE:
			FPS:
			DIFERENCIADO:
			PUENTE:
			PRO-RENTENCIÓN:
<b>IDENTIFICACION PERSONAL RESPONSABLE DE MATRICULA    DECLARACIÓN DEL APODERADO</b>			
NOMBRE:	DECLARO:	Conocer y aceptar el proyecto educativo del colegio y el manual de convivencia escolar, así como las responsabilidades que como apoderado debo cumplir, especialmente en asistir al establecimiento educacional, cada vez que sea citado	
CARGO:	DECLARO:	La información entregada es fidedigna soy responsable de alguna omisión	
	DECLARO:	Otorgo consentimiento para la publicación de imágenes (fotografías y/o videos) año escolar: _____ con la finalidad de ser utilizadas por los medios institucionales (sitio web, RRSS o medios) Si: ___ No: ___	
FECHA:	FECHA:		
FIRMA:	FIRMA:		