Número de Matrícula:
(Uso Exclusivo Establecimiento)

FICHA PERSONAL 2027

DATOS DE ESTUDIANTE

Nombres Completo:				
Curso 2027:	R.U.N.:	Sexo:	Nacionalidad:	
Fecha Nacimiento:	Peso:	Estatura:	Curso que ha repetido:	
Domicilio de Residencia:			N°	N°Depto:
Sector:		Comuna:		

DATOS DE LA MADRE

Nombre Completo:		R.U.N.:
Nivel Educacional:	Ocupación:	Teléfono:
Correo Electrónico:		

DATOS DEL PADRE

Nombre Completo:		R.U.N.:
Nivel Educacional:	Ocupación:	Teléfono:
Correo Electrónico:		

DATOS DEL APODERADO TITULAR: (ÚNICO AUTORIZADO A RETIRAR AL ALUMNO(A) Y ASISTIR A REUNIÓN DE CURSO).

Nombre Completo:	R.U.N.:
Domicilio:	
Teléfono:	Relación de Parentesco con el Alumno(a):

DATOS DEL APODERADO SUPLENTE Nº1: (ÚNICO AUTORIZADO A RETIRAR AL ALUMNO(A) Y ASISTIR A REUNIÓN DE CURSO).

Nombre Completo:	R.U.N.:
Domicilio:	
Teléfono:	Relación de Parentesco con el Alumno(a):

DATOS DEL APODERADO SUPLENTE Nº2: (ÚNICO AUTORIZADO A RETIRAR AL ALUMNO(A)).

Nombre Completo:	R.U.N.:
Domicilio:	
Teléfono:	Relación de Parentesco con el Alumno(a):

EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre del Contacto:	Teléfono de Urgencia:

OTROS DATOS:

¿Su pupilo(a) presenta alguna Enfermedad?: Si ☐ No ☐ ¿Cuál?
¿Tiene Contraindicaciones Médicas?: Si ☐ No ☐ ¿Cuál?

¿Proviene o Pertenece a algún Grupo Diferencial o Proyecto de Integración?: Si ☐ No ☐
Profesional que lo atiende:
El estudiante se encuentra intervenido por alguna institución externa, por ejemplo (**PPF, PIE, O.L.N. U OTRA INSTITUCION DERIVADA DEL TRIBUNAL DE FAMILIA)** No ☐ Si ☐ ¿Cuál? _____

MARQUE CON UNA "X" EN EL CURSO CORRESPONDIENTE AL AÑO 2026

☐ Octavo Básico ☐ Primero Medio ☐ Segundo Medio	☐ Tercero Medio ☐ Cuarto Medio	Promedio Año Anterior:
Establecimiento de procedencia si el alumno(a) ingresa a primero u otro nivel:		

El alumno o alumna es beneficiado(a) con la beca de mantención o pertenece al programa de residencia escolar:

□ Si ☐ Beca Presidente de la República ☐ Beca Indígena
☐ Beca Bare ☐ Programa de Residencia Escolar
☐ Otro – Indique cuál: _____

□ No

Alguna vez, su pupilo o pupila ha sido atendido(a) en el programa de salud de JUNAEB

□ Si ☐ Oftalmólogo ☐ Otorrinolaringólogo ☐ Traumatólogo
☐ Otro – Indique cuál: _____

□ No

Pertenece, su pupilo o pupila al Programa de Alimentación Escolar (PAE)

□ Si ☐ Desayuno ☐ Almuerzo ☐ Tercera merienda
☐ Otro – Indique cuál: _____

□ No

Su pupilo o pupila pertenece a los siguientes programas de Gobierno

□ Si ☐ Programa seguridad familia y oportunidades
☐ Prioritario ☐ Preferente
☐ Otro – Indique cuál: _____

□ No

Sistema de salud, que beneficia al o la estudiante:

☐ Sin sistema de salud ☐ Fonasa A ☐ Fonasa B ☐ Fonasa C ☐ Fonasa D
☐ Isapre: Cuál? _____

Cesfam o Centro de Salud en que se Atiende el o la estudiante**:** _____

El o la estudiante, está o ha estado en tratamiento:

□ Si ☐ Neurológico ☐ Psicopedagógico ☐ Psicológico
☐ Otro – Indique cuál: _____

□ No

Antecedentes de salud del grupo familiar: Déficit de apoyo

☐ Familia Monoparental (el alumno vive sólo con la ☐ madre o ☐ padre. Marque uno de ellos)
☐ A cargos de los abuelos o parientes
☐ Solo ó a cargo de cuidadores
☐ Instituciones de protección del menor Ejemplo: (SENAME)
☐ Ambos padres
☐ Otro - ¿Cuál?

Antecedentes de salud del grupo familiar: Duplicidad de funciones

☐ El o la estudiante sólo estudia
☐ El o la estudiante estudia y trabaja
☐ Estudia y es padre o madre
☐ El o la estudiante es jefe de hogar

Antecedentes en caso de Accidentes Escolares:

Cuenta con Seguro privado de atención Si ☐ No ☐
A qué Centro Asistencial de salud se debe dirigir por el Seguro Privado: _____

LOS DATOS Y DOCUMENTOS ENTREGADOS DEBEN ESTAR COMPLETOS, SER AUTÉNTICOS Y FIDEDIGNOS. SI LA FICHA ESTA INCOMPLETA NO SE PODRÁ CONTINUAR CON EL PROCESO DE MATRÍCULA.