



soyprovidencia

Corporación
**DESARROLLO
SOCIAL**

USO INTERNO

N° MATRICULA

FECHA INRESO

CURSO 2025

COLEGIO MERCEDES MARIN DEL SOLAR

FICHA DE MATRICULA 2025

DATOS DEL ESTUDIANTE

CALIDAD DE ESTUDIANTE	NUEVO _____	ANTIGUO _____
TIENE ACCESO A INTERNET		
NOMBRES		
NOMBRE SOCIAL (SI LO POSEE)		
APALLEDADO PATERNO		
APELLIDO MATERMO		
RUN		
FECHA DE NACIMIENTO		
NACIONALIDAD		
SEXO		
EMAIL		
PUEBLO INDIGENA		
DIRECCIÓN		
COMUNA		
TELEFONO		
PASAPORTE		
ALUMNO EXTRANJERO		
AVISAR EN CASO DE EMERGENCIA		
TELEFONO EN CASO DE EMERGENCIA		
COLEGIO DE PROCEDENCIA		
RELIGIÓN OPTA		

DATOS FAMILIARES

NOMBRE APODERADO TITULAR	1897
RUT	
TELÉFONO	
DOMICILIO	
EMAIL	
NOMBRE APODERADO SUPLENTE	
RUT	
TELÉFONO	
DOMICILIO	
EMAIL	
NÚMERO TOTAL DE INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR	
VIVE CON	
INGRESOS FAMILIARES DEL HOGAR	
ANTECEDENTES JUDIALIZADOS SI/NO	
OBSERVACIONES	



DATOS APODERADO ACADÉMICO	
RUN	
NOMBRE	
APELLIDO PATERNO	
APELLIDO MATERNO	
TELÉFONO CASA	
SEXO	
OCUPACIÓN	
PARENTESCO	
DIRECCIÓN	
COMUNA	
NACIONALIDAD	
ESTADO CIVIL	
QUIEN RETIRA AL ESTUDIANTE	
NIVEL EDUCACIONAL	
FECHA DE NACIMIENTO	
EMAIL	
RELIGIÓN	
TIENE HERMANOS EN EL ESTABLECIMIENTO	
CURSO DE SUS HERMANOS	
ES EX-ALUMNO	

INFORMACIÓN SOCIAL			
ESTUDIANTE PRIORITARIO	SI	NO	
ESTUDIANTE PREFERENTE	SI	NO	
ESTUDIANTE PIE	SI	NO	
ESTUDIANTE PRO RETENCIÓN	SI	NO	
TIEMPO QUE TARDA DE LA CASA A LA ESCUELA			
MEDIO TRANSPORTE QUE USA PARA LLEGAR AL COLEGIO			
NOMBRE TRANSPORTISTA			
NÚMERO TELEFÓNICO DEL TRANSPORTISTA			

SALUD			
SISTEMA DE SALUD	FONASA	NIVEL A B C D	ISAPRE ¿CÚAL? _____
NOMBRE CONSULTORIO O CLÍNICA DONDE SE ATIENDE			
SEGURO ESCOLAR PRIVADO	SI	NO	
MEDICAMENTO PERMANENTE QUE USAS			
ENFERMEDAD RELEVANTE			

NOMBRE, RUT, FIRMA APODERADO TITULAR

NOMBRE, RUT, FIRMA APODERADO SUPLENTE

Nombre funcionario que revisa y recibe

Fecha