



FICHA DE MATRÍCULA 2018

DATOS DEL ESTUDIANTE CURSO: _____ Nº Boleta : _____

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO _____

NOMBRES: _____

FECHA NACIMIENTO: ____/____/____ RUT: _____

DOMICILIO: _____ FONO: _____

COLEGIO PROCEDENCIA: _____ CIUDAD: _____

DATOS DEL PADRE: EX ALUMNO ICV SÍ NO

NOMBRE: _____ RUT: _____

NIVEL EDUCACIONAL: E.Básica Completa Incompleta E.Media Completa Incompleta

E.Técnica Completa Incompleta E.Universitaria Completa Incompleta

PROFESIÓN: _____ AÑOS ESTUDIO _____ OCUPACION _____

LUGAR DE TRABAJO: _____ DOMICILIO: _____

FONOS CONTACTO _____ E- MAIL : _____

DATOS DE LA MADRE: EX ALUMNA ICV SÍ NO

NOMBRE: _____ RUT: _____

NIVEL EDUCACIONAL: E.Básica Completa Incompleta E.Media Completa Incompleta

E.Técnica Completa Incompleta E.Universitaria Completa Incompleta

PROFESIÓN: _____ AÑOS ESTUDIO _____ OCUPACION _____

LUGAR DE TRABAJO: _____ DOMICILIO: _____

FONOS CONTACTO _____ E- MAIL : _____

SITUACIÓN MATRIMONIAL ACTUAL DE LOS PADRES (MARCAR CON UNA X)

	PADRE	MADRE
CASADO POR EL CIVIL E IGLESIA		
CASADO POR EL CIVIL		
SEPARADO(A)		
VIUDO(A)		
SOLTERO(A)		



INSTITUTO INMACULADA CONCEPCION - VALDIVIA

EL(A) ESTUDIANTE VIVE CON:

Ambos Padres Sólo Padre Sólo Madre Otro (Especificar con quién)

DATOS APODERADO:

APODERADO TITULAR: _____ PARENTESCO: _____

TELÉFONOS CONTACTO: _____ DOMICILIO: _____ RUT _____

APODERADO SUPLENTE: _____ PARENTESCO: _____

TELÉFONOS CONTACTO: _____ DOMICILIO: _____ RUT _____

OTROS HERMANOS EN ESTE COLEGIO.

NOMBRE: _____ CURSO: _____

NOMBRE: _____ CURSO: _____

NOMBRE: _____ CURSO: _____

ASPECTOS DE SALUD:

PROBLEMAS VISUALES: SI ___ NO ___ USA LENTES SI ___ NO ___

PROBLEMAS AUDITIVOS: SI ___ NO ___

ALERGIA A ALGÚN MEDICAMENTO: SI ___ NO ___ CUAL: _____

SISTEMA DE SALUD: ISAPRE: ___ FONASA: ___ OTRO: _____

ENFERMEDADES DE IMPORTANCIA: _____

EN TRATAMIENTO CON ESPECIALISTA (ESPECIFICAR): _____

PARROQUIA DONDE PARTICIPA LA FAMILIA: _____

SACRAMENTOS DEL ESTUDIANTE: (marque con una cruz)

Bautismo: _____ Primera Comunión: _____ Confirmación: _____

FIRMA APODERADO SUPLENTE

FIRMA APODERADO TITULAR

VALDIVIA, _____ de 201__