FUNDACIÓN
EDUCACIONAL
DE CHUQUICAMATA

# FICHA DE MATRÍCULA 2027.

CURSO 2026: _____ ESTABLECIMIENTO 2026: _____

CURSO 2027: _____ N° MATRÍCULA: _____

FECHA MATRÍCULA: / /

**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE Y COMPLETE CON LETRA IMPRENTA**

**1.- DATOS DEL (LA) ESTUDIANTE:**

_____ _____ _____

AP. PATERNO AP. MATERNO NOMBRES

_____ _____ _____ _____

FECHA DE NACIMIENTO SEXO LUGAR DE NACIMIENTO RUN

**DOMICILIO:**

_____ _____ _____ _____

CALLE N° POB. O VILLA CIUDAD

_____ _____

TELÉFONO DOMICILIO TELÉFONO URGENCIA

**1.1.- HERMANOS DEL ESTUDIANTE EN OTROS CURSOS DEL COLEGIO EL AÑO 2026**

| NOMBRE DEL ESTUDIANTE | AÑO 2026 |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

**2.- DATOS DEL PROGENITOR (A), TUTOR (A) O CURADOR (si corresponde):**

_____

AP. PATERNO AP. MATERNO NOMBRES

**DIRECCIÓN**

_____ _____ _____ _____

CALLE N° POB. O VILLA CIUDAD

_____/_____/_____/_____/_____

RUN FECHA DE NAC. TELÉFONO CASA CELULAR TELÉFONO OFICINA

PROFESIÓN Y/O ACTIVIDAD: _____ESCOLARIDAD_____

LUGAR DE TRABAJO_____

CORREO ELECTRÓNICO: | | | | | | | | | | | | @ | | | | | | | | | | | |

**MARQUE CON UNA X LUGAR DE TRABAJO, ESPECIFIQUE ROL Y Nº SAP EN EL CASO QUE CORRESPONDA:**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00 | CODELCO CHUQUICAMATA | A | | B | | E | |
| 01 | CODELCO RT | O | | P | | E | |
| 02 | CODELCO - GABY | | | | | | |
| 03 | CODELCO MINISTRO HALES | | | | | | |
| 04 | PARTICULAR | | | | | | |
| 05 | PARTICULAR – ABRA | | | | | | |
| 06 | FFAA | | | | | | |
| 07 | FUNCIONARIO FECH | | | | | | |

Nº SAP:

**3.- DATOS DEL PADRE:**

_____

AP. PATERNO AP. MATERNO NOMBRES

**DIRECCIÓN**

_____

CALLE N° POB. O VILLA CIUDAD

_____/_____/_____/_____/_____

RUN FECHA DE NAC. TELÉFONO CASA CELULAR TELÉFONO OFICINA

PROFESIÓN Y/O ACTIVIDAD: _____ESCOLARIDAD_____

LUGAR DE TRABAJO_____

CORREO ELECTRÓNICO: | | | | | | | | | | | | @ | | | | | | | | | | | |

**MARQUE CON UNA X LUGAR DE TRABAJO, ESPECIFIQUE ROL Y Nº SAP EN EL CASO QUE CORRESPONDA:**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00 | CODELCO CHUQUICAMATA | A | | B | | E | |
| 01 | CODELCO RT | O | | P | | E | |
| 02 | CODELCO - GABY | | | | | | |
| 03 | CODELCO MINISTRO HALES | | | | | | |
| 04 | PARTICULAR | | | | | | |
| 05 | PARTICULAR – ABRA | | | | | | |
| 06 | FFAA | | | | | | |
| 07 | FUNCIONARIO FECH | | | | | | |

Nº SAP:

**4- DATOS DE LA MADRE:**

_____

AP. PATERNO AP. MATERNO NOMBRES

**DIRECCIÓN**

_____/_____/_____/_____

CALLE N° POB. O VILLA CIUDAD

_____/_____

RUT FECHA DE NACIMIENTO

_____/_____/_____

TELÉFONO OFICINA TELÉFONO CASA TELÉFONO CELULAR

ESCOLARIDAD: _____ PROFESIÓN Y/O ACTIVIDAD: _____

LUGAR DE TRABAJO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: | | | | | | | | | | | | @ | | | | | | | | | | | |

**MARQUE CON UNA X LUGAR DE TRABAJO, ESPECIFIQUE ROL Y Nº SAP EN EL CASO QUE CORRESPONDA:**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00 | CODELCO CHUQUICAMATA | A | | B | | E | |
| 01 | CODELCO RT | O | | P | | E | |
| 02 | CODELCO - GABY | | | | | | |
| 03 | CODELCO MINISTRO HALES | | | | | | |
| 04 | PARTICULAR | | | | | | |
| 05 | PARTICULAR – ABRA | | | | | | |
| 06 | FFAA | | | | | | |
| 07 | FUNCIONARIO FECH | | | | | | |

Nº SAP:

**5. RESPONSABLE ECONÓMICO:**

(MARQUE CON UNA X) TUTOR ⬭ PADRE ⬭ MADRE ⬭ OTRO ⬭

SI MARCA OPCIÓN “OTRO” COMPLETAR DATOS DEL PUNTO 6.

**6. DATOS DEL RESPONSABLE ECONÓMICO:**

_____
VÍNCULO FAMILIAR CON ESTUDIANTE

_____ _____ _____
AP. PATERNO AP. MATERNO NOMBRES

**DIRECCIÓN:**

_____/_____/_____/_____
CALLE N° POB. O VILLA CIUDAD

_____/_____
RUN FECHA NACIMIENTO

_____/_____/_____
TELÉFONO CASA TELÉFONO OFICINA TELÉFONO CELULAR

ESCOLARIDAD: _____PROFESIÓN Y/O ACTIVIDAD: _____

LUGAR DE TRABAJO: _____

CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | | | | | | @ | | | | | | | | | | |

**MARQUE CON UNA X LUGAR DE TRABAJO, ESPECIFIQUE ROL Y Nº SAP EN EL CASO QUE CORRESPONDA:**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00 | CODELCO CHUQUICAMATA | A | | B | | E | |
| 01 | CODELCO RT | O | | P | | E | |
| 02 | CODELCO - GABY | | | | | | |
| 03 | CODELCO MINISTRO HALES | | | | | | |
| 04 | PARTICULAR | | | | | | |
| 05 | PARTICULAR – ABRA | | | | | | |
| 06 | FFAA | | | | | | |
| 07 | FUNCIONARIO FECH | | | | | | |

Nº SAP:

**7. APODERADO ACADÉMICO TITULAR:**
(MARQUE CON UNA X) TUTOR ⬭ PADRE ⬭ MADRE ⬭ OTRO ⬭

SI MARCA OPCIÓN "OTRO" COMPLETAR DATOS DEL PUNTO 8.

**8. DATOS DEL APODERADO ACADÉMICO TITULAR:**

_____
VÍNCULO FAMILIAR CON ESTUDIANTE

_____ _____ _____
AP. PATERNO AP. MATERNO NOMBRES

**DIRECCIÓN:**

_____/_____/_____/_____
CALLE N° POB. O VILLA CIUDAD

_____/_____
RUN FECHA NACIMIENTO

_____/_____/_____
TELÉFONO CASA TELÉFONO OFICINA TELÉFONO CELULAR

ESCOLARIDAD: _____PROFESIÓN Y/O ACTIVIDAD: _____

LUGAR DE TRABAJO:_____

CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | | | | | | @ | | | | | | | | | | |

**MARQUE CON UNA X LUGAR DE TRABAJO, ESPECIFIQUE ROL Y Nº SAP EN EL CASO QUE CORRESPONDA:**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00 | CODELCO CHUQUICAMATA | A | | B | | E | |
| 01 | CODELCO RT | O | | P | | E | |
| 02 | CODELCO - GABY | | | | | | |
| 03 | CODELCO MINISTRO HALES | | | | | | |
| 04 | PARTICULAR | | | | | | |
| 05 | PARTICULAR – ABRA | | | | | | |
| 06 | FFAA | | | | | | |
| 07 | FUNCIONARIO FECH | | | | | | |

**9. DATOS DE APODERADO SUPLENTE SI CORRESPONDE**

_____
VÍNCULO FAMILIAR CON ESTUDIANTE

_____ _____ _____
AP. PATERNO AP. MATERNO NOMBRES

**DIRECCIÓN:**

_____/_____/_____/_____
CALLE N° POB. O VILLA CIUDAD

_____/_____
RUN FECHA NACIMIENTO

_____/_____/_____
TELÉFONO CASA TELÉFONO OFICINA TELÉFONO CELULAR

ESCOLARIDAD: _____PROFESIÓN Y/O ACTIVIDAD: _____

LUGAR DE TRABAJO:_____

CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | | | | | | @ | | | | | | | | | | |

**10. PERSONAS AUTORIZADAS PARA EL RETIRO DE JORNADA DE CLASES DEL (LA) ESTUDIANTE.**

| | NOMBRES Y APELLIDOS | RUN | TELÉFONO |
|---|---|---|---|
| 1.- | | | |
| 2.- | | | |

**11. DATOS DE SALUD EN CASO DE EMERGENCIA**

1.- ES ALÉRGICO(A) A: _____
_____

2.- ENFERMEDADES CRÓNICAS: _____
_____

3.- OTRAS ENFERMEDADES: _____
_____

4.- MARQUE CON UNA X SI EL ESTUDIANTE ESTA EN ALGÚN TRATAMIENTO, EN EL CASO QUE CORRESPONDA:

| | |
|---|---|
| PSICOLÓGICO | |
| NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES (NEE) | |
| PEDAGÓGICOS | |

**EN CASO DE ACCIDENTE TRASLADAR A:** _____

**EL APODERADO DEBE PRESENTAR CERTIFICADO MÉDICO QUE ACREDITE QUE EL ESTUDIANTE SE ENCUENTRA APTO PARA REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS AL INICIO DEL PERIODO ESCOLAR 2024.**

**12. APODERADO RESPONSABLE DATOS FICHA MATRÍCULA**

"El llenado de esta ficha es de exclusiva responsabilidad de la persona que suscribe, y de ninguna manera, podrá constituir motivo suficiente para desconocer o restringir derechos en el ámbito educativo del (la) otro (a) progenitor (a) pues las limitaciones de estos derechos se deben acreditar con la notificación a nuestro establecimiento de la correspondiente resolución judicial, que así lo determine de forma expresa."

NOMBRE: _____ FIRMA: _____

Calama _____, _____ del 20____



SI