



ESCUELA PARTICULAR Nº60  
 "SAINT MARY COLLEGE"  
 R.B.D. 10662-3  
 BUIN

## Ficha Matricula Datos Personales y Familiares

DATOS DEL ESTUDIANTE:

**Curso 2024:** .....

<b>Nombres</b>			
<b>Apellido Paterno</b>			
<b>Apellido Materno</b>			
<b>Fecha de Nacimiento</b>		<b>R.U.T.</b>	
<b>Domicilio</b>	<b>CALLE</b>	<b>Nº</b>	<b>VILLA O POBLACION</b>
	.....	.....	.....
<b>Comuna</b>		<b>Nacionalidad</b>	
<b>Teléfonos</b>		<b>País de Nacimiento</b>	
<b>Genero</b>		<b>En caso de emergencia avisar (Nombre – teléfono - parentesco)</b>	
<b>Email</b>			
<b>Enfermedades en tratamiento</b>		<b>Grupo sanguíneo</b>	
<b>Alérgico/a</b>		<b>Sistema de Salud</b>	
<b>Estado Civil</b>			
<b>Año de ingreso al establecimiento</b>		<b>Nivel curso</b>	
<b>Colegio de Procedencia</b>		<b>Repitencia:</b> SI _____ NO _____	<b>Nivel:</b>
<b>El alumno vive con</b>	<b>Ambos Padres:</b> _____	<b>Solo con la Madre:</b> _____	
	<b>Solo con el Padre:</b> _____	<b>Otro: ¿Con Quién?:</b> _____	
<b>Nº de personas en el grupo familiar</b>		<b>Nº de hermanos</b>	
<b>Nº de lugar entre hermanos</b>		<b>Nº de hermanos en edad escolar</b>	
<b>Nº de hermanos en colegio</b>		<b>Origen indígena</b>	
<b>Pertenece a algún programa social</b>	<b>SI:</b> _____ <b>NO:</b> _____	<b>Religión</b>	



ESCUELA PARTICULAR Nº60  
"SAINT MARY COLLEGE"  
R.B.D. 10662-3  
BUIN

## Padres, Madres y Apoderados

### Madre

<b>Nombres</b>			
<b>Apellido Paterno</b>			
<b>Apellido Materno</b>			
<b>Fecha de Nacimiento</b>		<b>R.U.T.</b>	
<b>Domicilio</b>	<b>CALLE</b> .....	<b>Nº</b> .....	<b>VILLA O POBLACION</b> .....
<b>País de Nacimiento</b>		<b>Nacionalidad</b>	
<b>Comuna</b>		<b>Teléfono</b>	
<b>Región</b>		<b>Parentesco</b>	
<b>Sistema de Salud</b>		<b>Carga Sistema de Salud</b>	
<b>Email</b>			
<b>Nivel de Escolaridad</b>			
<b>Ocupación</b>			



ESCUELA PARTICULAR Nº60  
"SAINT MARY COLLEGE"  
R.B.D. 10662-3  
BUIN

## Padre

<b>Nombre</b>			
<b>Apellido Paterno</b>			
<b>Apellido Materno</b>			
<b>Fecha de Nacimiento</b>		<b>R.U.T.</b>	
<b>Domicilio</b>	<b>CALLE</b>	<b>Nº</b>	<b>VILLA O POBLACION</b>
	.....	.....	.....
<b>País de Nacimiento</b>		<b>Nacionalidad</b>	
<b>Comuna</b>		<b>Teléfono</b>	
<b>Región</b>		<b>Parentesco</b>	
<b>Sistema de Salud</b>		<b>Carga Sistema de Salud</b>	
<b>Email</b>			
<b>Nivel de Escolaridad</b>			
<b>Ocupación</b>			



ESCUELA PARTICULAR Nº60  
"SAINT MARY COLLEGE"  
R.B.D. 10662-3  
BUIN

### Apoderado

<b>Nombre</b>			
<b>Apellido Paterno</b>			
<b>Apellido Materno</b>			
<b>Fecha de Nacimiento</b>		<b>R.U.T.</b>	
<b>Domicilio</b>	<b>CALLE</b> .....	<b>Nº</b> .....	<b>VILLA O POBLACION</b> .....
<b>País de Nacimiento</b>		<b>Nacionalidad</b>	
<b>Comuna</b>		<b>Teléfono</b>	
<b>Región</b>		<b>Parentesco</b>	
<b>Email</b>			



ESCUELA PARTICULAR Nº60  
"SAINT MARY COLLEGE"  
R.B.D. 10662-3  
BUIN

## Autorización para retiro de Alumno.

Yo \_\_\_\_\_

Con cedula de identidad \_\_\_\_\_

Apoderado (a) del Alumno (a) \_\_\_\_\_

Autorizo a las siguientes personas a retirar a mi hijo (a):

<b>Nombre</b>	<b>RUT</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Relación con el menor.</b>



ESCUELA PARTICULAR Nº60  
"SAINT MARY COLLEGE"  
R.B.D. 10662-3  
BUIN

## AUTORIZACIÓN USO DE IMÁGENES

La dirección del colegio Saint Mary College , ubicada en Errázuriz 096, comuna de Buin, mediante el presente documento, solicita el consentimiento de los padres o apoderados para la publicación de imágenes (fotografías o videos), de los estudiantes mientras el educando sea alumno regular de nuestro establecimiento, con la finalidad de ser utilizadas en los medios internos y externos de nuestra institución: sitio web institucional, redes sociales institucionales o medios de difusión digitales o impresos, entre otros.

Esta autorización busca especialmente resguardar la voluntad de los padres y apoderados sobre la utilización de imágenes de sus propios hijos o menores a cargo de su tutela. Por esta razón en el presente documento se solicita a los apoderados comprometerse a no compartir con personas ajenas a la institución aquellas publicaciones destinadas únicamente a los propios miembros de la comunidad educativa.

Las imágenes serán utilizadas con el objetivo de informar a los participantes de la comunidad educativa acerca de las actividades pedagógicas o extracurriculares, realizadas tanto dentro o fuera de la institución, además de destinarse para difundir la labor de nuestra institución en distintas instancias y medios.

NOTA IMPORTANTE: En caso de NO firmar la presente autorización, se solicita comunicar su decisión a sus hijos, menores a cargo y educadora titular; de esta manera contaremos con la colaboración de éstos evitando aparecer de cerca o en primer plano al momento de alguna grabación o toma fotográfica al interior de la institución, o en actividades académicas dentro y fuera del **establecimiento**.

YO: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

Apoderado de: \_\_\_\_\_ del curso \_\_\_\_\_

SI \_\_\_\_

NO \_\_\_\_

**Autorizo a publicar imágenes (fotografías y videos), donde aparezca mi hijo(a) o menor a cargo de mí tutela. Me comprometo además a no divulgar con terceros ajenos a la institución aquellas publicaciones destinadas solo a los miembros de esta comunidad educativa.**

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma Apoderado)



ESCUELA PARTICULAR Nº60  
"SAINT MARY COLLEGE"  
R.B.D. 10662-3  
BUIN

## AUTORIZACIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES FÍSICAS

Señor Apoderado: De acuerdo a los antecedentes médicos que usted conoce de su pupilo (a), necesitamos que autorice a su hijo(a) a realizar actividades físicas, ya sea a través de las clases de Educación Física y/o actividades extraprogramáticas y competencias.

Encarecemos a aquellos alumnos que posean preexistencias familiares o antecedentes familiares directos de problemas de salud de tipo cardiaco, solicitar a su médico una autorización formal para realizar actividades físicas.

Yo, \_\_\_\_\_ RUN \_\_\_\_\_

Apoderado de \_\_\_\_\_ del curso: \_\_\_\_\_

**Autorizo a mi pupilo(a)** a desarrollar actividades físicas en el colegio y actividades extraprogramáticas. De acuerdo a los antecedentes médicos que conozco y controlo regularmente. Además, con respaldo de documento médico (adjunto).

Yo, \_\_\_\_\_ RUN \_\_\_\_\_

Apoderado de \_\_\_\_\_  
del curso: \_\_\_\_\_

**NO autorizo a mi pupilo(a)** a desarrollar actividades físicas en el colegio y actividades extraprogramáticas, en espera de la información médica que genere el especialista que atiende a mi pupilo(a).

Firma apoderado: \_\_\_\_\_

Diciembre, 2023.