****

**FORMULARIO DE MATRÍCULA 2021**

**LICEO NACIONAL DE MAIPÚ**

**DATOS DEL ALUMNO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Completo del Alumno |  |
| Rut del Alumno |  |
| Fecha de Nacimiento del alumno |  |
| Colegio de procedencia del alumno |  |
| Tipo de establecimiento |  |
| Curso que postula año 2021 el alumno |  |

**DATOS DEL PADRE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo del Padre |  |
| Rut del Padre |  |
| Fecha Nacimiento del Padre |  |
| Domicilio de Padre |  |
| Fono del Padre |  |
| Profesión u Oficio del Padre |  |
| Estado Civil del padre |  |
| Escolaridad del Padre |  |
| Correo electrónico del Padre |  |

**DATOS DE LA MADRE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo de la Madre |  |
| Rut de la Madre |  |
| Fecha Nacimiento de la Madre |  |
| Domicilio de la Madre |  |
| Fono de la Madre |  |
| Profesión u Oficio de la Madre |  |
| Estado Civil de la Madre |  |
| Escolaridad de la Madre |  |
| Correo electrónico de la Madre |  |

**DATOS DE APODERADO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo del Apoderado |  |
| Rut del Apoderado |  |
| Domicilio del Apoderado |  |
| Fono del Apoderado |  |
| Profesión u Oficio del Apoderado |  |
| Estado Civil del Apoderado |  |
| Escolaridad del Apoderado |  |
| Correo electrónico del Apoderado |  |
| Enfermedad Invalidante para Educación Física |  |

**DATOS DE RELACIÓN FAMILIAR**

|  |  |
| --- | --- |
| Total del grupo familiar |  |
| Nº de hijos |  |
| El alumno vive con: |  |

**ANTECEDENTES DE SALUD**

|  |  |
| --- | --- |
| Sistema de Salud |  |
| Grupo de sangre del Alumno |  |
| Consultorio o Clínica de Atención |  |
| Alérgico a algún medicamento |  |
| Enfermedad que afecta al alumno |  |

**OTROS ANTECEDENTES**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Existe algún adulto que apoye el aprendizaje y labores escolares del alumno |  |
| Medio de transporte para llegar al colegio y Tiempo que tarda en llegar de la casa al colegio. |  |
| ¿El estudiante profesa alguna religión?  NO-SI ¿Cuál? |  |
| El apoderado autoriza que el estudiante participe de la clase de religión |  |

**BECAS**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Tiene algún tipo de Beca? |  |

**EMERGENCIAS**

|  |  |
| --- | --- |
| En caso de EMERGENCIA, indique nombre y fono de contacto de algún familiar u otra persona de su confianza |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**** **NOMBRE DEL APODERADO RUT FIRMA**