



FICHA DE MATRÍCULA AÑO ESCOLAR 2026

CURSO: ____ AÑO:2026

FECHA DE MATRÍCULA: __/__/__

FECHA DE RETIRO: __/__/__

1.- DATOS DEL ALUMNO:

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA DE
NACIMIENTO: / / . NACIONALIDAD: _____ RUT/IPE: _____
PERTENECE A ALGUNA ETNIA: SI NO CÚAL: _____
DOMICILIO: CALLE O AVDA.: _____ N°: _____ COMUNA: _____ CIUDAD: _____
VIVE CON: PADRE MADRE AMBOS OTRO(S) ESPECIFICAR: _____ NÚMERO DE HERMANOS: _____
LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HERMANOS: _____ MEDIO DE TRANSPORTE HACIA EL COLEGIO: _____

2.- DATOS DEL APODERADO:

NOMBRE: _____ RUT: _____ DOMICILIO: _____
COMUNA: _____ TELÉFONO CASA: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____ TRABAJO: _____
PROFESIÓN U OFICIO: _____ LUGAR DE TRABAJO: _____ ESCOLARIDAD: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

3.-NOMBRE DE LA MADRE: _____ RUT: _____
DOMICILIO: _____ COMUNA: _____
TELÉFONO CASA: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____ TRABAJO: _____
PROFESIÓN U OFICIO: _____ LUGAR DE TRABAJO: _____
ESCOLARIDAD: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

4.- NOMBRE DEL PADRE: _____ RUT: _____
DOMICILIO: _____ COMUNA: _____
TELÉFONO CASA: _____ TELÉFONO MÓVIL: _____
TRABAJO: _____ PROFESIÓN U OFICIO: _____
LUGAR DE TRABAJO: _____
ESCOLARIDAD: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

5.- SALUD DEL (LA) ESTUDIANTE (MARQUE CON X):

- HA ESTADO EN TRATAMIENTO: NEUROLÓGICO _____ PSICOPEDAGÓGICO _____ PSICOLÓGICO _____
- OTRO:(ESPECIFIQUE): _____
- EN LA ACTUALIDAD SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO: Sí: _____ NO: _____ MOTIVO: _____
- ES ALÉRGICO A ALGÚN REMEDIO O ALIMENTO(ESPECIFIQUE): _____ NO: _____

SI SU PUPILO POSEE CONTRAINDICACIÓN MÉDICA PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA Y/O DEPORTIVA ESTO DEBE REFRENDARSE CON INFORME MÉDICO QUE DEBE PRESENTAR A UTP. SIN EMBARGO, ESTO NO SIGNIFICARÁ LA EXIMICIÓN DE LA ASIGNATURA.

6.- CONTACTO EN CASO DE URGENCIA: EN CASO DE UNA EMERGENCIA COMUNICAR A:

NOMBRE: _____ FONO EMERGENCIA: _____

PERSONA QUE PUEDE RETIRAR AL ESTUDIANTE EN CASO DE EMERGENCIA (ADEMÁS DEL APODERADO):

NOMBRE: _____ RUT.: _____



DERECHO Y DEBERES DE LOS APODERADOS/AS

Los apoderados/as declaran **adherirse** al Proyecto Institucional de la Escuela. Además de **aceptar y acatar** las disposiciones del **Reglamento Interno y Protocolos** vigentes del establecimiento. Estos documentos se pueden descargar desde la página web www.camilabinfa.cl, y para todos los efectos se considerarán conocidos por el apoderado/a. En especial, para el año 2025 se exigirá cumplir todas las disposiciones del reglamento interno y de convivencia escolar **en lo referido a enviar al estudiante a clases todos los días, la obligación del uso del uniforme, correcta presentación personal, puntualidad de su pupilo(a), conducta, asistencia a todas las reuniones de apoderados/as y citaciones de la escuela.**

Firma del Apoderado

AUTORIZACIÓN TRASLADO A SERVICIO DE URGENCIA

En el caso de algún accidente dentro de la jornada escolar autorizó traslado previo aviso del establecimiento y en el caso de que no pueda acudir.

SI= _____ NO= _____.

Firma del Apoderado

AUTORIZACIÓN DERECHO DE IMAGEN.

El apoderado autoriza a la Escuela Camila Binfá al uso, reproducción y/o emisión de material audiovisual (videos, afiches, folletos en nuestra s redes sociales sin fines comerciales.

(Marcar con x)

Documentación	SI	NO
AUTORIZACIÓN DERECHO DE IMAGEN		

Firma del apoderado.

AUTORIZACIÓN SALIDAS PEDAGÓGICAS

Con el propósito de dar cumplimiento a los Planes y Programas de estudio establecidos por el Ministerio de Educación, autorizó el traslado en el caso de que se realicen salidas que contribuyan al desarrollo pedagógico.

Firma Apoderado

RETIRO DE DOCUMENTOS

Declaro que en forma voluntaria retiro todos los documentos resguardados en la ficha de matrícula y los generados en el presente año escolar.

NOMBRE (PERSONA QUE RETIRA) _____ RUT _____ -

FIRMA _____ FECHA _____ / _____ / 20_____