FUNDACIÓN SIERVAS DE MARÍA DOLOROSA

CARLOS AGUIRRE LUCO 760 – HUECHURABA

FONO: 226252651

RBD: 10337-3 DECR. COOP. 17025

 Fecha de emisión:

**FICHA DE MATRÍCULA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CURSO: | JORNADA: | R.U.N.:  |

**1.- IDENTIFICACIÓN DEL/LA ESTUDIANTE:**

|  |  |
| --- | --- |
| APELLIDOS: |  |
| NOMBRES:  |  |
| FECHA DE NACIMIENTO: |  | SEXO: |  |
| DOMICILIO: |  |
| COMUNA:  |  | NACIONALIDAD |  |
| CURSOS REPETIDOS: |  | FECHA DE INGRESO:  |  |
| PROCEDENCIA:  |  |

**2.-IDENTIFICACIÓN DEL/LA APODERADO TITULAR**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| R.U.N.: |  | TELÉFONO:  |  |
| APELLIDOS: |  |
| NOMBRES: |  |
| DOMICILIO: |  |
| COMUNA: |  | NACIONALIDAD: |  |
| VÍNCULO CON EL/LA ESTUDIANTE: |  |
| E-MAIL: |  |

**3.-DATOS FAMILIARES**

|  |  |
| --- | --- |
| Estudios del padre: | Estudios de la madre: |

a.- ¿QUIÉN VIVE CON EL/LA ESTUDIANTE EN EL MISMO HOGAR, LA **MAYOR PARTE DEL TIEMPO**? (SELECCIONE CON UNA X LA ALTERNATIVA QUE CORRESPONDA)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Madre |  | Padre |
|  | Madrastra o pareja del padre |  | Padrastro o pareja de la madre |
|  | Otro (abuela, tía, tutor) |  |

b.- IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE VIVE CON EL/LA ESTUDIANTE, **LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| R.U.N.: |  | TELÉFONO:  |  |
| APELLIDOS: |  |
| NOMBRES: |  |
| DOMICILIO: |  |
| COMUNA: |  | NACIONALIDAD: |  |
| VÍNCULO CON EL/LA ESTUDIANTE: |  |
| E-MAIL: |  |
| ÚLTIMO NIVEL EDUCACIONAL CURSADO |  |

c.- SITUACIÓN LABORAL, DE LA PERSONA QUE VIVE CON EL/LA ESTUDIANTE **LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO** (SELECCIONE CON UNA X LA ALTERNATIVA QUE CORRESPONDA)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Jornada completa |  | No trabaja, está en búsqueda |
|  | Jornada parcial |  | No trabaja y no está en búsqueda |

d.- SI ACTUALMENTE, LA PERSONA QUE VIVE CON EL/LA ESTUDIANTE, **LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO** TRABAJA ¿DÓNDE LO HACE? (SELECCIONE LA ALTERNATIVA QUE CORRESPONDA)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | En el hogar |  | Fuera del hogar |

**4.- OTROS ANTECEDENTES DEL/LA ESTUDIANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Antecedente médicos fisiológicos: |  |
| Antecedentes médicos psicológicos: |  |
| Lugar donde se atiende: |  |
| Otros antecedentes: |  |

 FIRMA APODERADO TITULAR