

**LICEO NUESTRA SEÑORA MARIA INMACULADA DEL BOSQUE**

**RBD 25645-5**

**FICHA DE MATRICULA AÑO 2021**

CURSO 2020 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE**

Nombre Completo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rut:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad al 31 de Marzo: \_\_\_\_\_\_\_\_ años Nacionalidad:\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Domicilio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comuna de Residencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Curso(s) que ha repetido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ Tiene hermanos en el Liceo: \_\_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_\_ NO Nombre de Hermanos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Curso actual de los Hermanos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persona Con Quien Vive (Marque con una X todas las alternativas que correspondan)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ambos Padres |  | Papá |  | Mamá |  | Hermano/a |  |
| Abuelo/a |  | Tío/a |  | Tutor |  | Otro |  |

* **ANTECEDENTES DE CONECTIVIDAD DE ESTUDIANTE**

1.- ¿Cuál de estos dispositivos móviles tiene el estudiante para realizar sus clases online? Puede marcar más de una opción.

|  |  |
| --- | --- |
| Teléfono celular sin acceso a internet |  |
| Teléfono inteligente con acceso a internet ( p. ej. iPhone, Android) |  |
| Computador portátil |  |
| Tablet |  |
| Computador de escritorio |  |
| Ninguno de los anteriores |  |

2.- ¿Cuántas horas diarias de internet dispone el estudiante para realizar su trabajo escolar?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 hora | 2 horas | 3 horas | Más de 4 horas | Nunca |
|  |  |  |  |  |

3.- ¿Qué tipo de acceso a internet tiene en casa?

|  |  |
| --- | --- |
| Conexión a internet por datos de celular |  |
| Conexión a internet banda ancha o cable |  |
| Conexión a Wifi (red inalámbrica) |  |
| No hay acceso en el hogar. |  |

* **ANTECEDENTES FAMILIARES**

Nombre Completo del Padre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rut:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Años Escolaridad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Actividad o Profesión\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular 1:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono fijo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Apellido de la Madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rut:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Años Escolaridad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Actividad o Profesión\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular 1:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono fijo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **ANTECEDENTES DEL APODERADO**

Nombre Apoderado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Comuna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono Fijo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular 1:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular2:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **ANTECEDENTES DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

Medicamentos de uso diario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicamentos restringidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Es alérgico/a \_\_\_\_\_\_\_\_SI \_\_\_\_\_\_\_\_\_NO Especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enfermedades Crónicas: \_\_\_\_\_\_\_\_SI \_\_\_\_\_\_\_\_\_NO Especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Observaciones Médicas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Marque con una X si el estudiante esta en algún tratamiento, en el caso que corresponda:

|  |  |
| --- | --- |
| Psicológico |  |
| Psiquiátrico |  |
| Psicopedagógicos |  |
| Neurológico |  |
| Físico |  |
| No está en tratamiento |  |

**En caso de Urgencia o Emergencia:** Se recuerda que todos los alumnos/as tienen derecho al Seguro Escolar Estatal de Accidentes, esté cubre el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del estudiante solo en los siguientes centros;

* Hospital Exequiel González Cortés (menores hasta 14 años con 11 meses y 29 días)
* Hospital El Pino y Hospital Parroquial de San Bernardo (mayores de 15 años)
* Hospital Barros Luco-Trudeau (para accidentes dentales, oculares y traumatológicos)

En caso de emergencia avisar a (nombre completo y parentesco): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Apoderado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **DECLARACIÓN DEL APODERADO/A**

1. DECLARO que todos los datos anteriores son verdaderos.
2. DECLARO aceptar el Proyecto Educativo Institucional, su Misión, Visión y Valores, como asimismo su modelo educativo.
3. DECLARO conocer la página de nuestro liceo [www.liceonsmariainmaculada.cl](http://www.liceonsmariainmaculada.cl)
4. DECLARO conocer la plataforma EDUFACIL y me comprometo a mantenerme informado respecto del quehacer escolar de mi estudiante.
5. DECLARO saber que el Liceo se encuentra incorporado a la Subvención Escolar Preferencial (SEP).
6. DECLARO conocer y aceptar en su totalidad;

* El Reglamento Interno del establecimiento
* Cuenta Pública 2019
* Manual de Convivencia y Protocolos de Acción
* Reglamento de Evaluación y Promoción
* Reglamento de Becas
* Proyecto Educativo Institucional (PEI)

1. DECLARO tener conocimiento que el Liceo Nuestra Señora María Inmaculada Del Bosque trabajará con los Textos Escolares que proveerá el Ministerio de Educación para el año 2021, los que serán entregados para su uso a los profesores y estudiantes.
2. ME COMPROMETO a asistir a las reuniones de apoderados, ya sea presencial o remota que se realicen durante el presente año académico o cuando el liceo lo requiera (citaciones con distintos Docentes, UTP, Inspector General y Dirección).
3. ME COMPROMETO a colaborar en el Proceso de Enseñanza y Aprendizaje de mi pupilo(a), que según la contingencia podría ser de modo presencial y/o remota, respetando las normas del Liceo Nuestra Señora María Inmaculada Del Bosque, preocupándome de su asistencia a clases, puntualidad y responsabilidad frente a sus deberes académicos, etc.
4. AUTORIZO al Establecimiento para el uso de imágenes, nombre y otros datos del estudiante, para ser utilizados en publicaciones del Establecimiento (Página Web, Folletos, Anuario, etc.), siempre resguardando la Integridad física, moral y seguridad del estudiante, sin hacer uso comercial de éstas. Si el apoderado no AUTORIZA lo antes señalado, deberá presentar una carta formal con su solicitud.
5. AUTORIZO a que mi pupilo(a) sea entrevistado (a) en el marco de activaciones de protocolos para resguardar el buen ambiente de convivencia escolar.
6. AUTORIZO solo con fines pedagógicos, la grabación, filmación, registro de imágenes de los estudiantes, para ser usadas en el proceso de aprendizaje, de enseñanza o con cualquier fin pedagógico del establecimiento educacional, pudiendo ser entrevistados, fotografiados y/o grabados en vídeo, para la utilización de sus imágenes a través de sistemas internos de difusión del colegio.

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

Nombre Apoderado/a titular Rut

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

Firma de Apoderado/a titular