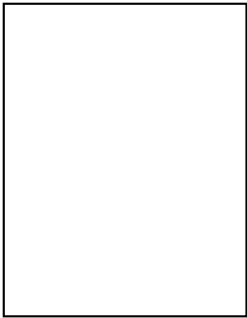




Colegio Josefino Santísima Trinidad
Avda. Miguel Claro N° 700
Fonos: 222360217 / 22236 15 33
Providencia



FICHA DE MATRÍCULA
AÑO ESCOLAR 2025

DATOS ALUMNO:

NOMBRE COMPLETO : RUT.:

FECHA DE NACIMIENTO:...../...../..... GÉNERO ☐ MASC ☐ FEM

CURSO INGRESO: COLEGIO PROCEDENCIA:.....

DIRECCION:

COMUNA: CASA.....

VIVE CON: GRUPO FAMILIAR (N°)

RELIGION:

- ☐ BAUTIZADO (*)
- ☐ 1ª COMUNION (*)

DOC. ENTREGADOS:

- ☐ CERT. NACIMIENTO
- ☐ Otro:
- ☐ Otro:

DATOS DEL PADRE:

NOMBRE:

RUT. F. NACIMIENTO: NACIONALIDAD:

DIRECCION: COMUNA:

E-MAIL: :

NIVEL DE ESTUDIOS:

GRADO O PROFESION:..... FONO LABORAL:

LUGAR DE TRABAJO: CARGO QUE TIENE

ESTADO CIVIL: RELIGION:.....

- ☐ BAUTIZO(*)
- ☐ 1ª COMUNION(*)
- ☐ CONFIRMACION(*)
- ☐ MATRIM. RELIGIOSO(*)

DATOS DE LA MADRE:

NOMBRE:

RUT. F. NACIMIENTO: NACIONALIDAD:

DIRECCION: COMUNA:

E-MAIL: :

NIVEL DE ESTUDIOS:

GRADO O PROFESION:..... FONO LABORAL:

LUGAR DE TRABAJO: CARGO QUE TIENE.....

ESTADO CIVIL: RELIGION:.....

- ☐ BAUTIZO(*)
- ☐ 1ª COMUNION(*)
- ☐ CONFIRMACION(*)
- ☐ MATRIM. RELIGIOSO(*)

(*) Información reservada con la finalidad de programar actividades de ayuda y apoyo pastoral a la familia que lo requiera.

DATOS DEL APODERADO:

NOMBRE: RUT.
DIRECCION: COMUNA:
E-MAIL:  :  :
RELACION CON ALUMNO:.....

DATOS DEL SOSTENEDOR: (en caso de ser distinto al Apoderado)

NOMBRE: RUT
DIRECCION: COMUNA:
E-MAIL:  :  :
RELACION CON ALUMNO:.....

Información de salud del alumno que es importante que el Colegio conozca:

.....
.....
.....

EN CASO DE EMERGENCIAS:

AVISAR A:  /  :
NOMBRE CLINICA:..... SEGURO ACCIDENTES.....

Composición de Grupo Familiar

.....
.....
.....
.....
.....

NOTA: Esta última información referida a la situación familiar se mantendrá en reserva con la finalidad de brindar ayuda y apoyo a la familia que lo requiera.

Observaciones:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

FIRMA

Fecha:/...../ 20.....