



FICHA DE MATRÍCULA 2026

“COLEGIO PULMAHUE DE PUERTO MONTT”

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

| | | | | |
|--|--|----------------------------------|--------------------------------------|---|
| NOMBRE ESTUDIANTE | | | | |
| RUN | | | | |
| FECHA NACIMIENTO | | EDAD AL MOMENTO DE MATRICULAR | | |
| SEXO REGISTRAL | | CURSO | | |
| NACIONALIDAD | | FECHA DE MATRÍCULA | | |
| DIRECCIÓN ESTUDIANTE | | EST. DE PROCEDENCIA | | |
| Nº TELEFONO | | COMUNA | | |
| PERSONAS CON QUIEN VIVE | <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Tíos <input type="checkbox"/> Otros: | | | |
| Nº DE HERMANOS | | | | |
| REPITENCIA | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | PUEBLO ORIGINARIO | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? |
| OPTA POR CLASES DE RELIGIÓN | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | AUTORIZO USO DE IMÁGENES Y VIDEOS | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA O CONDICIÓN | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | ¿CUÁL? | |
| ALERGIAS | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | ¿CUÁL? | |
| CERTIFICADO PIE O NEE | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | DOCUMENTACION ADJUNTA * | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| REGISTRO SOCIAL DE HOGARES | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | _____ % | |

ANTECEDENTES GENERALES

| | | | | |
|---------------------------------------|---|--|-----------------------------|-----------------------------|
| NOMBRE COMPLETO DE PADRE O TUTOR | | | | |
| RUN | | NIVEL EDUCACIONAL | | |
| Nº TELÉFONO | | OCUPACIÓN LABORAL | | |
| DIRECCIÓN | | APODERADO | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CORREO ELECTRÓNICO | @ | | | |
| NOMBRE COMPLETO DE MADRE O TUTOR | | | | |
| RUN | | NIVEL EDUCACIONAL | | |
| Nº TELÉFONO | | OCUPACIÓN LABORAL | | |
| DIRECCIÓN | | APODERADO | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CORREO ELECTRÓNICO | @ | | | |
| NOMBRE COMPLETO APODERADO SUPLENTE | | | | |
| RUN | | NIVEL EDUCACIONAL | | |
| VÍNCULO CON EL ESTUDIANTE | | | | |
| Nº TELÉFONO | | OCUPACIÓN LABORAL | | |
| DIRECCIÓN | | AUTORIZADO PARA RETIRO DEL ESTUDIANTE | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| CORREO ELECTRÓNICO | @ | | | |

| DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO DEL APODERADO | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Declaro conocer y haber recibido el proyecto educativo institucional (PEI), disponible en digital en la página oficial web www.cpulmahue.cl o en físico en dependencias del establecimiento. | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Declaro conocer que el establecimiento cuenta con convenio SEP, disponible en digital en la página oficial web www.colegiopulmahueptomontt.cl o en físico en dependencias del establecimiento. | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Declaro conocer y haber recibido el programa integral de seguridad escolar (PISE), disponible en digital en la página oficial web www.colegiopulmahueptomontt.cl o en físico en dependencias del establecimiento. | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Declaro conocer y haber recibido el reglamento de evaluación, disponible en digital en la página oficial web www.colegiopulmahueptomontt.cl o en físico en dependencias del establecimiento. | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Declaro conocer y haber recibido el reglamento interno de convivencia escolar, disponible en digital en la página oficial web www.colegiopulmahueptomontt.cl o en físico en dependencias del establecimiento. | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Declaro que soy responsable del resguardo, seguridad y supervisión durante el trayecto de ida al establecimiento y el retorno al hogar. | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Declaro tener conocimiento que el apoderado titular se compromete a asistir a todas las reuniones citadas por el establecimiento sean ordinarias o extra ordinarias, en caso de acumular inasistencias injustificadas durante el año escolar perderá la calidad de apoderado titular. | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Declaro que toda la información entregada en esta ficha de matrícula es fidedigna, completa y actual, y me comprometo a informar oportunamente al colegio cualquier cambio que tengan los datos personales , de salud o Familiares del estudiante. | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Nombre | RUT | Firma |