

COLEGIO PUFUDI
Comuna de Mariquina
Región de Los Ríos

"Más oportunidades para todos"

FICHA DE MATRÍCULA 2022

DATOS DEL ALUMNO			
NOMBRE DEL ALUMNO			
RUN		VIVE CON	
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	
FECHA DE MATRÍCULA		NACIONALIDAD	
		FICHA CAS	
PROCEDENCIA			
OBSERVACIONES		ALUMNO PRIORITARIO	SI__NO__
ALUMNO PIE	SI__ NO__	PREVISIÓN	
DATOS DEL PADRE			
NOMBRE		RUN	
DIRECCION		FECHA NACIMIENTO	
TRABAJO O PROFESION		NACIONALIDAD	
CELULAR			
LUGAR DE TRABAJO		TELEFONO LABORAL	
DIRECCION TRABAJO		COMUNA	
NIVEL DE ESTUDIOS		TELEFONO	
DATOS DE LA MADRE			
NOMBRE		RUT NUMERO	
DIRECCION		FECHA NACIMIENTO	
TRABAJO O PROFESION		NACIONALIDAD	
CELULAR			
LUGAR DE TRABAJO		TELEFONO LABORAL	
DIRECCION TRABAJO		COMUNA	
NIVEL DE ESTUDIOS		TELEFONO	

DATOS DEL APODERADO			
NOMBRE		RUT	
DIRECCION		TELEFONO	
VÍNCULO		COMUNA	
E-MAIL		OTROS	

¿Ha repetido algún curso? Si___ No___	Causa: Enfermedad ___ Abandono ___ Rendimiento___ Retiro ___
¿Observa Problemas de Aprendizaje? Si___ No___	¿Cuál? _____
¿Con tratamiento? Si___ No___	Psicopedagógico: ___ Psicológico: ___ Psiquiátrico:___ Neurológico: ___
¿Ha estado eximido de alguna asignatura? Si___ NO___	¿Causa? _____
Presenta Certificado: Si___ No___	
Eximido de Religión: SI___ NO___	
Religión que profesa: _____	

PERSONAS QUE REEMPLAZARÁN EN CASO DE NO PODER ASISTIR A REUNIONES O CITACIONES DEL COLEGIO. (Se deja constancia que no pueden representar al alumno, personas no informadas en esta ficha de matrícula)
1. _____ RUT: _____
2. _____ RUT: _____

Documentación que adjunta:

- Certificado de nacimiento _____
- Certificado anual de estudios _____ año_____
- Hoja de vida _____
- Informe de personalidad _____
- Certificado de salud _____
- Documentación del Programa de Integración Escolar _____
- Otros _____

FIRMA APODERADO TITULAR

(El apoderado titular es el que se declara en esta ficha, siendo posible su sustitución definitiva solo mediante solicitud escrita para cambio de Apoderado).

FICHA MÉDICA DEL ESTUDIANTE

En caso de accidente avisar a:

Nombre: _____ Fono: _____ Parentesco: _____

1. ¿El alumno es alérgico a algún medicamento? SI ___ NO ___
¿Cuál/es? _____

2. ¿El alumno ha tomado o toma alguno de los siguientes analgésicos?
 - Paracetamol ___ Aspirina ___
 - Dipirona ___ Ácido Mefenámico _____
3. En caso de heridas el alumno ha usado uno de los siguientes antisépticos y desinfectantes?
 - Agua oxigenada ___ Povidona ___
 - Alcohol Yodado ___
4. El alumno sufre o tiene sospecha de padecer o tener problemas como:
 - Mareos ___ - Vértigo: ___ - Diabetes: ___
 - Hipertensión ___ - Epilepsia: ___ - Migrañas: ___
 - Respiratorios ___ - Cardiacos: ___ - Asma: ___Observaciones:

5. Otras enfermedades importantes:

6. ¿Alumno/a toma habitualmente algún medicamento por orden médica?
¿Cuál/es? _____

7. ¿Considera Usted que su pupilo está limitado para realizar alguna actividad en el colegio? _____
8. ¿Posee su pupilo conocimientos de primeros auxilios?

9. ¿Su pupilo está apto para realizar actividades de educación física? _____
10. Yo, _____ RUT _____ - ___ declaro que los datos proporcionados anteriormente son reales y declaro además recibir copia y estar en conocimiento del protocolo en caso de emergencias que implementará el establecimiento.

FIRMA APODERADO TITULAR

VACUNAS

Nombre Completo

Alumno.....

RUT:

	Vacuna Rechazada
Vacuna Tresvirica (Sarampión, Rubeola, Parotiditis)	()
Vacuna dTpa (Difteria, Tétano; Tos Convulsiva)	()
Vacuna Papiloma Humano	()
Vacuna Covid-19, Cualquier dosis.	()

Entiendo lo siguiente:

El propósito, beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) recomendada(s)

Las consecuencias de no recibir vacunas puede provocar:

- Contraer la enfermedad que la vacuna debería prevenir.
- La enfermedad puede ser transmitida a otras personas.

Sé que al rechazar las vacunas puedo poner el peligro la salud o la vida de mi hijo y de otras personas con las que mi hijo pueda entrar en contacto.

Sé que puedo discutir este asunto con el médico o enfermera de mi hijo en cualquier momento y puedo cambiar de opinión y aceptar que mi hijo sea vacunado en el futuro.

Reconozco que he leído y entendido completamente este documento en su totalidad y he recibido una copia de este rechazo de vacuna para mi documentación personal.

Por lo tanto rechazo la vacuna por la(s) siguiente(s) razón(es). Por favor marque todas las respuestas que apliquen.

___ Existe el riesgo de enfermar si recibe la vacuna.

___ No me gustan las agujas/jeringas.

___ Mis creencias filosóficas o religiosas no permiten que me vacune.

___ Existe contraindicación médica (favor detallar): _____

Otra razón (favor detallar): _____

No deseo compartir la razón por la cual rechazo la vacuna ___

Firma del padre/madre/tutor legal	Fecha
Testigo del personal	Fecha

IMPORTANTE: Firmar y marcar SÍ o NO frente a cada tema que requiere su autorización.

AUTORIZACIONES		FIRMA APODERADO
Para ser evaluado y recibir apoyo de especialistas para atender sus necesidades educativas especiales en caso que el colegio así lo disponga.	Sí__ No__	
Para ser trasladado al centro médico o de aprendizaje en horario de clases con el objetivo de recibir apoyo de especialistas.	Sí__ No__	
Para ser trasladado a otro recinto dentro o fuera de la Comuna, para realizar actividades deportivas y/o actividades extraescolares y salidas extra programáticas.	Sí__ No__	
Para realizar salidas extra programáticas como apoyo a sus aprendizajes, dentro o fuera de la comuna.	Sí__ No__	
Para ser filmado, grabado o fotografiado dentro y fuera del Colegio Pufudi en actividades inherentes al quehacer educativo, y publicar en murales, boletines, redes sociales estas imágenes en contexto de aprendizaje.	Sí__ No__	
Autorizo a mi pupilo (a) para trasladarse sólo desde el Colegio a la casa.	Sí__ No__	
COMPROMISOS		
Proveer a mi pupilo de todos los recursos que requiera para su proceso educativo en el Colegio Pufudi	Sí__ No__	
Enviaré a mi pupilo con el uniforme del establecimiento en forma diaria, cuidando su aseo personal y presentación.	Sí__ No__	
Que mi pupilo asista como mínimo el 90% de las clases del año, informando, acreditando y colaborando cuando a raíz de su ausencia se retrase con sus materias y trabajos.	Sí__ No__	
Asistir a todas las entrevistas, reuniones o actividades en que el Colegio Pufudi me cite.		
TOMA DE CONOCIMIENTO		
Estoy consciente, que si como apoderado no aseguro la asistencia normal a clases, no proveo los cuidados mínimos a mi pupilo, no implemento las orientaciones de los profesionales, ni aseguro un comportamiento adecuado de mi estudiante, el colegio se encuentra obligado por ley a tomar otras medidas sin mi consentimiento como: derivar o denunciar a instancias prejudiciales o judiciales, citar al consejo escolar donde se pueden resolver medidas disciplinarias entre otras contenidas en el manual de convivencia.	Sí__ No__	

REGLAMENTO INTERNO Y MANUAL DE CONVIVENCIA

Declaro conocer y tener copia del Reglamento Interno y Manual de convivencia del Colegio Pufudi y declaro aceptar las normas relacionadas a la presentación personal de los alumnos, comportamiento y sanciones eventuales que podrían ser aplicadas en caso de que este falte a la sana convivencia escolar o a las reglas estipuladas por el Colegio. El apoderado podrá acceder a una copia de este documento en el sitio www.colegiopufudi.cl

FIRMA APODERADO TITULAR

NOMBRE Y FIRMA DEL ESTUDIANTE

PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL

Por este medio declaro además conocer y aceptar el Proyecto Educativo del Colegio Pufudi, reconociendo en esta institución un espacio de formación apropiado para mi pupilo, y me comprometo a participar junto a mi familia en las actividades que el establecimiento diseñe en su planificación anual para el cumplimiento de su proyecto educacional.

FIRMA APODERADO TITULAR

Solicitud de Beneficios

YO _____ RUT _____ - ____
apoderada de el/los estudiante/s ya señalados, solicito por este medio la reserva de los siguientes beneficios y del cupo de matrícula año 2022: (Marque con una X)

- | | |
|---------------------------------|-----|
| 1. Transporte Escolar | ___ |
| 2. Buzo y Polera Deportiva 2022 | ___ |
| 3. Set de útiles escolares | ___ |

Matriculado por _____

Firma _____

IMPORTANTE: Para ayudas estudiantiles especiales, contactarse con inspectoría quien presentará su caso al departamento de bienestar estudiantil del Colegio Pufudi.