|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA MATRÍCULA** |  **CURSO** |
|  |  |

**FICHA DE MATRICULA AÑO ESCOLAR 2024**

|  |
| --- |
|  **ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE** |
| **R U N** | **NOMBRE COMPLETO** |
|  | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
| **FECHA NACIMIENTO** | **PERSONAS CON QUIEN VIVE** | **COLEGIO PROCEDENCIA** | **CURSOS QUE HA REPETIDO** | **FONO EMERGENCIA** |
| DD/MM/AAAA |  |   |  | FIJO | MÓVIL |
| **D O M I C I L I O** |
| CALLE |  NUMERO  | SECTOR/POBLACIÓN  | COMUNA |
|  **ANTECEDENTES FAMILIARES** |
| **DATOS PERSONALES DE LA MADRE** |
| **RUN** | **NOMBRE COMPLETO** |
|  | APELLIDO PATERNO  | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
| **ESCOLARIDAD** | **D O M I C I L I O** |
|  |  |
| **FONOS EMERGENCIA** | **MAIL** |
| FIJO | MÓVIL |  |
| **DATOS PERSONALES DEL PADRE** |
| **RUN** | **NOMBRE COMPLETO** |
|  | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES |
|  **ESCOLARIDAD** | **D O M I C I L I O** |
|   |  |
| **FONOS EMERGENCIA** | **MAIL** |
| FIJO | MÓVIL |  |
|  |
| **APODERADO TITULAR** | R U N | NOMBRE COMPLETO |  | FIRMA |
| **APODERADO SUPLENTE** | R U N | NOMBRE COMPLETO |  | FIRMA |

* Declaro haber tomado conocimiento que los Reglamentos Internos que rigen al Colegio Claro de Luna College, (**Proyecto Educativo Institucional, Reglamento Interno de Convivencia Escolar y sus Protocolos, Reglamento de Evaluación, PISE, Plan de Formación Ciudadana, entre otros**), se encuentran disponibles en la página web del establecimiento [www.clarodelunacollege.cl](http://www.clarodelunacollege.cl) y me comprometo a dar cumplimiento en lo que se refiere a mi rol de Apoderado(a).

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

N O M B R E A P O D E R A D O R U N F I R M A

* SI / NO Acepto que el colegio Claro de Luna College publique en redes sociales y página web
* institucional, imágenes de mi pupilo(a) relacionadas con las actividades escolares programadas por el establecimiento.

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

N O M B R E A P O D E R A D O R U N F I R M A