



Colegio Manuel José Irrazábal  
FICHA DE MATRICULA 2021



Curso: \_\_\_\_\_

**I.- Antecedentes del Alumno(a):**

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Comuna: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

En Caso de Emergencia avisar a: \_\_\_\_\_

Teléfonos de Emergencia (celulares y fijos): \_\_\_\_\_

Teléfono para enviar mensajes de texto: \_\_\_\_\_

**II.- Datos Del Apoderado(a):**

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

Parentesco con el alumno(a): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

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

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_

Dirección Laboral: \_\_\_\_\_

Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_

**III.- Antecedentes Médicos del Alumno(a):**

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Tipo de Sangre: \_\_\_\_\_

Enfermedades Pre-existentes: \_\_\_\_\_

Medicamentos Indicados: \_\_\_\_\_

Alérgico(a) a: \_\_\_\_\_

**Presenta Problemas de (marcar con X):**

Auditivos: \_\_\_ Visuales: \_\_\_ Columna: \_\_\_ Pie Plano: \_\_\_ Dentales: \_\_\_ Cirugías: \_\_\_

Otros: \_\_\_ Especificar: \_\_\_\_\_

**Previsión:**

FONASA Letra: \_\_\_\_\_ Isapre: \_\_\_\_\_ Otra: \_\_\_\_\_

**Seguro Escolar:**

No: \_\_\_ Si: \_\_\_ Especifique: \_\_\_\_\_

**IV.- Antecedentes Familiares: (Madre):**

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

Rut: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_

Parentesco o Relación con el Alumno(a): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Comuna: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_



**Colegio Manuel José Irrázaval**  
**FICHA DE MATRICULA 2021**



Estudios: \_\_\_\_\_ Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_

Dirección Laboral: \_\_\_\_\_

Teléfono Laboral: \_\_\_\_\_ Previsión: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**V-. Antecedentes Familiares: (Padre):**

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

Rut: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_

Parentesco o Relación con el Alumno(a): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Comuna: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Estudios: \_\_\_\_\_ Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_

Dirección Laboral: \_\_\_\_\_

Teléfono Laboral: \_\_\_\_\_ Previsión: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**VI-. Antecedentes de la Familia:**

**El alumno(a) vive con (marcar con X)**

Ambos Padres: \_\_\_ Solo Madre: \_\_\_ Solo Padre: \_\_\_ Otro Familiar: \_\_\_

Especifique: \_\_\_\_\_ N° de Hermanos: \_\_\_ Hermanos en el Colegio: \_\_\_

Nombre del o los hermanos en el Colegio y Cursos:

---



---

**VI-. Personas Autorizadas para Retirar al Alumno(a):**

Nombre	Rut	Parentesco o Relación

- Tomo conocimiento que el Colegio Manuel José Irrázaval es GRATUITO y que está Adscrito a la Ley SEP.

- Tome conocimiento por parte de la Ficha del Colegio en Plataforma SAE y en Pagina WEB del Colegio Manuel José Irrázaval, de que el Colegio cuenta con la siguiente documentación:

- Reglamento Interno que contiene: Manual de Convivencia, Reglamento de Evaluación, Protocolos Institucionales, Protocolo Mochila Segura.

- Proyecto Educativo (PEI) que contiene: Plan de Formación Ciudadana, Plan de Inclusión, Plan de Formación Docente.

Y se me informo que se encontraban disponibles tanto en la Secretaria del Colegio, como en la página web institucional, para ser descargadas, consultadas y cumplidas.

---

**Nombre Completo y Rut Apoderado**

NOTA: La Matrícula del Alumno(a) solo se hará efectiva al momento de ser enviada esta ficha con toda la información solicitada, dentro de la fecha y horarios establecidos por el Colegio (Miércoles 16 hasta el Viernes 18 de Diciembre, de 09:00 a 13:00 horas).

**Colegio Manuel José Irrázaval, Conferencia N° 751, Santiago, Teléfono: 26896458 - 26892328, correo: colegiomji@ssvp.cl**