FICHA DE INSCRIPCIÓN ADMISIÓN 2025

 (Rellenar solo espacios en color gris – una vez completada ficha, guardar y enviar a secretaria@colegioarrayanes.cl) *Hoja 1/2*

*I. Antecedentes Personales*

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Completo  |  |
| Fecha Nacimiento |  | RUT |  | Curso al que postula |  |
| Domicilio |  |
|  |
| Comuna |  | Teléfono(s) |  |

*II. Antecedentes Sacramentales (x)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bautismo |  | Primera Comunión |  | Confirmación |

*III. Antecedentes Escolares*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Inicio Escolaridad - Año |  | Edad |  | Curso |  | Colegio |  |
| Repitencias - Año |  | Edad |  | Curso |  | Colegio |  |
|  Año |  | Edad |  | Curso |  | Colegio |  |

*IV. Antecedentes Familiares (Matrimonio)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Casado |  | Separado |  | Viudo |  | Describa su participación religiosa  |  |
| Casado por la Iglesia Católica - Si |  | -No |  |  |
|  |

1.- Papá

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo  |  |
| Fecha Nacimiento |  | RUT |  | Mail |  |
| Escolaridad |  | Enseñanza Media |  | Técnica |   | Universitaria |  | Completa |
| Profesión |  | Actividad laboral |  |
| Dirección trabajo |  | Comuna |  |
| Teléfono(s) |  |

2.- Mamá

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo  |  |
| Fecha Nacimiento |  | RUT |  | Mail |  |
| Escolaridad |  | Enseñanza Media |  | Técnica |   | Universitaria |  | Completa |
| Profesión |  | Actividad laboral |  |
| Dirección trabajo |  | Comuna |  |
| Teléfono(s) |  |

3.- Hermanos

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre | Fecha Nacimiento | Actividad (Estudia, trabaja) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

4.- *Hoja 2/2*

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cómo se enteró de la existencia del colegio? |  |
|  |

*V. Antecedentes Médicos*

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Recibe el niño(a) algún medicamento por prescripción médica? |  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Operaciones – hospitalizaciones ¿Cuál? (tiempo) |  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Problemas de visión ¿Cuál? |  |
| Usa anteojos |  |
| Problemas de audición ¿Cuál? |  |
| Usa audífonos |  |

VI. *Desarrollo Psicomotor*

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cómo es su desarrollo motor? ¿Presenta alguna dificultad? |  |
|  |
| Caminó ¿a qué edad? |  | Controló esfínter ¿a qué edad? |  |

VII. *Desarrollo del Lenguaje*

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Cómo ha sido su desarrollo en lenguaje? |  |
| Dijo sus primeras palabras ¿a qué edad? |  | Dijo frases ¿a qué edad? |  |

VIII. *Aprendizaje*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Presenta problemas como |  | Dislalia |  | Tartamudez | Otro, especifique |  |
|  |
| Ha necesitado evaluación o tratamiento de |  | Neurológico |  | Psicológico |  | Psicopedagógico |  | Fonoaudiológico |
| El alumno está en tratamiento  |  | ¿Cuál? |  |
| ¿Toma medicamento? |  |
| Existen antecedentes familiares de dificultades de aprendizaje, déficit atencional, problemas de lenguaje u otro |
| Quién (es) |  | ¿Cuál (es)? |  |
| Quién (es) |  | ¿Cuál (es)? |  |

*Nota: Durante la permanencia de los alumnos en el colegio, este se reserva el derecho de solicitar las evaluaciones externas, ya se auditiva, oftalmológicas o de otros especialistas que se consideren necesarias, para el adecuado apoyo educativo de los alumnos que lo requieran.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Firma Apoderado*