CORPORACIÓN EDUCACIONAL INSTITUTO DEL MAR
ESCUELA DE TRIPULANTES Y PORTUARIA DE VALPARAÍSO

FICHA DE MATRÍCULA 2027

CURSO (a matricular):		**Nº DE MATRÍCULA:**	
FECHA DE MATRÍCULA:			

1. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

Apellido Paterno:		Apellido Materno:	
Nombres:		R.U.N.:	
Fecha de Nacimiento:		Lugar de Nacimiento:	
Fono (estudiante):		Correo electrónico (estudiante):	
Domicilio:		Comuna:	
Nacionalidad:		Etnia (si aplica): ☐ Sí ☐ No ¿Cuál?:	
Establecimiento de Procedencia:			
¿Ha repetido curso? ☐ Sí ☐ No		¿Cuál curso?	
¿Necesidad Educativa Especial (NEE)? ☐ Sí ☐ No		¿Cuál?:	
¿Enfermedad con diagnóstico? ☐ Sí ☐ No		¿Cuál?:	
¿Tiene conexión a Internet en su domicilio? ☐ Sí ☐ No		Posee: ☐ Celular ☐ Notebook ☐ PC ☐ Tablet ☐ Otro:	

2. ANTECEDENTES ESCOLARES

Último curso aprobado: Establecimiento: Comuna:

3. DATOS FAMILIARES

3.1. PADRE

Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Nombres:	
R.U.N.:	
Nivel de estudios:	
Ocupación:	
Fono:	
Correo electrónico:	
Domicilio (si es distinto al del estudiante):	

3.2. MADRE

Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Nombres:	
R.U.N.:	
Nivel de estudios:	
Ocupación:	
Fono:	
Correo electrónico:	
Domicilio (si es distinto al del estudiante):	

4. DATOS DEL APODERADO

4.1. APODERADO TITULAR

Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Nombres:	
R.U.N.:	
Parentesco con el estudiante:	
Fono:	
Correo electrónico:	
Domicilio (si es distinto al del estudiante):	

4.2. APODERADO SUPLENTE

Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Nombres:	
R.U.N.:	
Parentesco con el estudiante:	
Fono:	
Correo electrónico:	
Domicilio (si es distinto al del estudiante):	

5. GRUPO FAMILIAR

Nº	Nombre	Parentesco
1		
2		
3		
4		
5		

Situación de residencia del estudiante:

- ☐ Vive con ambos padres
- ☐ Vive solo con el padre
- ☐ Vive solo con la madre
- ☐ Vive con abuelos
- ☐ Vive con otros familiares (especificar): _____
- ☐ Vive con tutor(a) (especificar): _____

6. CONTACTOS DE EMERGENCIA

6.1. CONTACTO DE EMERGENCIA 1

Nombre: _____
Parentesco con el estudiante: _____
Fono: _____

6.2. CONTACTO DE EMERGENCIA 2

Nombre: _____
Parentesco con el estudiante: _____
Fono: _____

7. ANTECEDENTES DE SALUD RELEVANTES

Alergias: _____
Enfermedades (diagnosticadas): _____
Medicamentos de uso permanente: _____
Otras indicaciones médicas relevantes: _____

8. DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO Y ACCESO A LA NORMATIVA INSTITUCIONAL

☐ El(la) apoderado(a) declara, para todos los efectos, haber leído y tomado conocimiento del Proyecto Educativo Institucional (PEI), del Reglamento Interno y de Convivencia Educativa y de los Protocolos de Actuación del establecimiento, todos los documentos institucionales se encuentran actualizados y disponibles en nuestra página web **www.escueladetripulantes.cl.**

_____	_____	_____
Nombre del Apoderado(a)	**R.U.N.**	**Firma del Apoderado(a)**