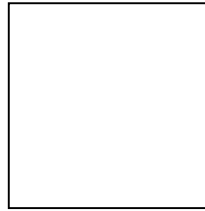




Obs. Rector:



FICHA DE POSTULACIÓN Y MATRÍCULA 2010

Fecha de Postulación: _____ Curso: _____ N° Lista: _____ Postulante N°: _____

I.- DATOS PERSONALES

Apellidos: _____ Nombres: _____

RUT: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Edad al 31 de Diciembre: _____ años _____ meses

Nacionalidad: _____ Sexo: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ E-Mail: _____

II.- DATOS ESCOLARES

AÑO	CURSO	COLEGIO		
ULTIMO AÑO REALIZADO		PROMEDIOS		
		CAST.	MAT.	INGLÉS

III.- DATOS FAMILIARES

1.- Nombre del Padre: _____ RUT: _____

Profesión: _____ Nombre Empresa: _____

Direc. de Trabajo: _____ Ex-alumno: Si ___ No ___ Fono: _____

2.- Nombre de la Madre: _____ RUT: _____

Profesión: _____ Nombre Empresa: _____

Direc. de Trabajo: _____ Ex-alumna: Si ___ No ___ Fono: _____

3.- Apoderado: Padre ___ Madre ___ Otro ___ (Sólo si marcó "Otro" complete estos datos)

Nombre del Apoderado: _____ RUT: _____

Profesión: _____ Nombre Empresa: _____

Direc. de Trabajo: _____ Ex-alumno (a): Si ___ No ___ Fono: _____

IV.- USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO

1.- Documentos recibidos

Nacimiento _____

Informe Personalidad _____

Certificado Anual _____

Fecha Ingreso CSL: _____

Fecha Retiro CSL: _____

2.- Documentos retirados

(cuando corresponda)

Nacimiento _____

Informe Personalidad _____

Certificado Anual _____

TOMA DE CONOCIMIENTO

DEB o DEM _____

JEFE ADM. _____

UTP _____

ORIENT. _____

PSICOPED. _____

PROF. JEFE _____

"Juntos en la Tarea de Ser Mejores"



Colegio San Lorenzo - Copiapó - Región de Atacama
Per Laborem ad Lucem



1.- ¿Tiene más hermanos en el Colegio? Si ____ No ____ ¿Cuántos? ____

NOMBRES	CURSO

2.- ¿Ha recibido atención especializada médica: de Psicopedagogo, Psicólogo, Psiquiatra, Neurólogo u otro especialista? Si ____ No ____

En caso de respuesta afirmativa adjunte diagnóstico y/o tratamiento.

3.- Razón de su Postulación al Colegio.

4.- En caso de Urgencia Médica llevar a: _____

En caso de Urgencia Dental llevar a: _____

Llamar al fono:

Casa: _____ Trab. Padre: _____ Trab. Madre: _____

Celular Padre: _____ Celular Madre: _____

5.- ¿Puede ingerir remedios para el dolor de cabeza, estómago u otros? Si ____ No ____

Observaciones:

6.- Credo Religioso: _____

Firma Apoderado

“Juntos en la Tarea de Ser Mejores”

COLEGIO SAN LORENZO * SEDCOP S.A.
Callejón Pedro León Gallo N° 450 * Casilla 73 * Fono-Fax: 221184-221313
www.colegiosanlorenzo.cl * E-mail: info@colegiosanlorenzo.cl
C O P I A P Ó