



ESCUELA HOSPITALARIA DE GALVARINO

HOSPITAL: Mac Iver 498

Galvarino

Chile

matricula@escuelahgalvarino.cl

Ficha de Matrícula

Datos Personales del Estudiante

Nombre (nombres y apellidos)

Rut - DNI

Fecha de Nacimiento

Edad

Estado Civil

Nacionalidad

Datos de Contacto del Estudiante

(Lugar de hospitalización o residencia permanente del estudiante)

Región

Comuna

Dirección y número

Teléfono casa y/o móvil

Email

Información Adicional

Datos de Matrícula

Fecha Ingreso a curso

Repitente (si/no)

Pertenece origen indígena ej. No, Si: Aymara, Likanantai (Atacameño); Colla; Diaguita; Quechua; Rapa Nui; Mapuche; Kawésqar; Yagán; Otro.

Diagnostico Médico y tipo de enseñanza ej. Sala cama, Aula Hospitalaria, Atención Domiciliaria.

Datos de Matrícula

¿Quién vive con el estudiante en el mismo hogar la mayor parte del tiempo?

ej. Madre, Padre, Padrastro o pareja de la madre, Madrastra o pareja del padre, otro (especificar).

Nombre (nombres y apellidos)

Rut - DNI

Sexo

Edad

Nacionalidad

Dirección y número

Teléfono casa y/o móvil

Email

Es apoderado (si/no)

Indique el último nivel educacional cursado por la persona asociada al estudiante. (Si la persona está estudiando, indique el nivel que se encuentra cursando)

¿Cuál es la situación laboral de la persona asociada al estudiante y donde trabaja?

ej. dentro o fuera del hogar. Jornada completa, parcial, no trabaja pero busca trabajo, no trabaja y no busca trabajo

Datos del Colegio de Origen (si corresponde)

Nombre del Colegio

Nombre de la Profesora Jefe o responsable del estudiante

Email y Teléfono de contacto colegio de origen

Firmas

Encargado Matrícula

Apoderado