



COLEGIO HENRY FAYOL
Dirección : Manuel De Salas # 487 Ñuñoa
Fono 227896351 correo colegiofayol@gmail.com

COLEGIO HENRY FAYOL

FECHA DE INGRESO

I.- IDENTIFICACIÓN DEL ALUMNO

.....
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES
FECHA DE NACIMIENTO..... RUT N°.....
NACIONALIDAD..... ORIGEN INDIGENA

SI NO ES CHILENO(A) FECHA DE LLEGADA A CHILE.....

II CONTACTO ESTUDIANTE

DIRECCIÓNDPTO COMUNA.....
NÚMERO DEL TELÉFONO (ESTUDIANTE).....EMAIL(ESTUDIANTE

III INFORMACION DE MATRÍCULA

FECHA DE MATRICULA..... CURSO AL QUE SE INCORPORA.....
REPITENCIA AÑO ANTERIOR () SI () NO

IV NECESIDADES EDUCATIVAS

PRESENTA ALGUNA NECESIDAD EDUCATIVA ESPECIAL () SI () NO

DIAGNOSTICO.....

NECESIDADES COGNITIVAS A CONSIDERAR

.....

DOCUMENTOS PRESENTADOS

.....

.....

TRATAMIENTO ACTUAL () SI () NO TIPO DE ESPECIALISTA.....

FARMACOS A TOMAR

PROBLEMAS CONDUCTUALES

V ANTECEDENTES DE SALUD

PREVICION..... SEGURO DE SALUD DONDE.....

GRUPO SANGUINEO SITUACION DE EMBARAZO () SI () NO

ALGÚN TIPO DE ALERGIA,

DEFICIL ATENCIONAL () SI () NO PROBLEMAS FISICOS () SI () NO

OTRRA INFORMACION A ENTREGAR.....

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:

.....
APELLIDOS NOMBRES

DIRECCION..... FONO.....

PARENTESCO.....

VII- FORMA DE PAGO –

DOCUMENTÓ EL AÑO SI () NO ()

PAGO MENSUAL SI () NO ()

FECHA DE PAGO:

DEBERES, PADRES Y APODERADOS

LA MENSUALIDAD DEL MES DE DICIEMBRE DEBE SER CANCELADA CON FECHA MÁXIMA EL DÍA 10 DEL MES MENCIONADO

DECLARO CONOCER Y ACEPTAR EL REGLAMENTO INTERNO Y DE CONVIVENCIA ESCOLAR DEL COLEGIO

.....
FIRMA APODERADO – N° RUT

Santiago.....de..... Del 202.....