|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ESCUELA ESPECIAL DE LENGUAJE** |  |  |  | AÑO | 2022 |  |
|

|  |
| --- |
|  *" San Clemente de Huechuraba"* |

 |  |  |  |  Curso |  |  |
|  |  |  |  | Jornada |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ficha de Matrícula** |  |
| Datos del Alumno (a) |  |
| **(Nombres)**  | **(Apellido paterno)**  | **(Apellido materno)** |  |
| Fecha de Nacimiento: |   | Edad: (31/03) |   | RUT: |   |  |
| Calle: | Nº : | Condominio/ villa: |  |
| Comuna: | Teléfono Fijo: |   |   |  |
| Nombre Apoderado: |   |  |
| Relación con el alumno (a) |   | Teléfono: |   |  |
| Vive con: |   |  |
| Total de hermanos: |   | Lugar que ocupa: |   |  |
| Nombre del Padre: | RUT: |  |
| Edad: |   | Escolaridad:  |   | Ocupación: |   |  |
| e-mail: |   | Teléfono: |   |  |
| Nombre de la Madre: | RUT: |  |
| Edad: |   | Escolaridad:  |   | Ocupación: |   |  |
| e-mail: |   | Teléfono: |   |  |
| **Observaciones** (alergias, medicamentos, enfermedades crónicas, alimentos, etc.) |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
| **Resultado de la evaluación Fonoaudiológica** |  |
| Tomo conocimiento que mi hijo (a) presenta trastornos del Lenguaje, con Diagnostico: |  |
|   |  |
|   |  |
|   |  |
| Por consiguiente Autorizo el ingreso a la Escuela de Lenguaje "SAN CLEMENTE DE HUECHURABA" |  |
|   |   |   |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Firma y timbre | Firma y RUT Apoderado | Firma Funcionario y timbre |  |
| Fonoaudióloga | del Establecimiento |  |
| Fecha: |  |
|  |

|  |
| --- |
| **Declaración simple**  |
|  Yo; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Declaro que mi hijo/a no asiste a ningún otro Establecimiento Educacional. |
| Firma |  | RUT |  |

|  |
| --- |
| **Autorización Cambio De Ropa ( SOLO EMERGENCIAS , SIN LAVADO DE GENITALES)** |
|  Yo; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Autorizo a la profesora Y a la asistente de la educación de mi hijo/a. a realizarle un cambio de ropa en caso de necesitarlo (mojado u/o orina). |
| Firma |  | RUT |  |

|  |
| --- |
| **Autorización publicación de fotografías pedagógicas en redes sociales de la escuela.** |
|  Yo; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Autorizo a la escuela San Clemente de Huechuraba, a publicar las fotografías de carácter pedagógico en las redes sociales y a grabar las clases de Classroom en periodo de pandemia. |
| Firma |  | RUT |  |

|  |
| --- |
| **Reglamento interno** |
|  Yo; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Apoderada de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Confirmo que he recibido, leído y aceptado, el reglamento interno de la escuela San Clemente De Huechuraba, el cual está publicado en la página web del establecimiento. |
| Firma |  | RUT |  |

**Antecedentes De Vulnerabilidad:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TIPO DE SALUD:  | FONASA | ISAPRE | OTRO |
| N° de integrantes en la familia |  | Registro social de hogares |  | puntaje asistente social |  |
| Pertenece a algún programa social: |
| SEGURO ESCOLAR :  |
| **EN CASO DE EMERGENCIA TRASLADAR A:**  |