



MATRICULA N°
AÑO ESCOLAR: 2026.-
CURSO: _____

FICHA DE MATRICULA.

DATOS DEL ALUMNO(A):

Apellido Paterno.	Apellido Materno.	Nombres.
Rut.	Nació en	Día/Mes/Año.
	DESDE 2003	
Nacionalidad	Domicilio	

DATOS GENERALES:

ESTABLECIMIENTO DE PROCEDENCIA	
PRACTICA ALGUN DEPORTE	SI NO TIPO
PERTENECE ALGUNA AGRUPACION ARTISTICA U OTRO	SI NO TIPO
ALGUNA HABILIDA MUSICAL O OTRO	SI NO TIPO
CERT. MEDICO NO APTO PARA ED. FISICA.	
SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA. U/O CONDICION MEDICA.	
FORMO PARTE DEL PROYECTO DE INTEGRACIÓN.	SI NO
RECIBE ALGUNA BECA.	SI NO TIPO:
NUMERO DE TELEFONO DEL ALUMNO	
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR ADULTO RESPONSABLE	NOMBRE : TELEFONO:

ANTECEDENTES FAMILIARES.

PERSONAS CON QUIEN VIVE EL ESTUDIANTE.	PADRE:		MADRE:		Hermanos: OTROS: (ESPECIFICAR)
	PADRASTRO:		MADRASTRA:		ABUELOS:
JEFE DE HOGAR	PADRE:		MADRE:		OTRO:

DATOS DEL PADRE: (Los datos deben estar completos).

Nombre Completo	
Rut	
Nacionalidad	
Fecha de Nacimiento	
Dirección	
Escolaridad	
Profesión o Actividad	
Lugar de Trabajo	
Fono Personal o del Trabajo	
Apoderado	Titular:_____ Suplente:_____
Información Adicional	

DATOS DE LA MADRE:

Nombre completo	
Rut	
Nacionalidad	
Fecha de Nacimiento	
Dirección	
Escolaridad	
Profesión o Actividad	
Lugar de Trabajo	
Fono Personal / Trabajo	
Apoderado	Titular:_____ Suplente:_____
Información Adicional	

DATOS DEL APODERADO O TUTOR TITULAR:

Nombre Completo	
Rut	
Nacionalidad	
Fecha de Nacimiento	
Dirección	
Escolaridad	
Estado civil de los Padres	
Profesión o Actividad	
Lugar de Trabajo	
Situación Laboral Apoderado	a) Jornada Completa b) Jornada Parcial c) Sin trabajo
Fono Personal / Trabajo	
Relación de Parentesco / vinculo	
Información Adicional	
Correo electrónico	
FIRMA DEL APODERADO	

DATOS DE APODERADO SUPLENTE: (Los datos deben estar completos).

Nombre Completo	
Rut	
Nacionalidad	
Fecha de Nacimiento	
Dirección	
Escolaridad	
Profesión o Actividad	
Lugar de Trabajo	
Fono Personal y del Trabajo	
Correo electrónico	
Vínculo con el estudiante	
Información Adicional	

AUTORIZACIÓN ACTIVIDADES PEDAGOGICAS DEL AÑO ESCOLAR 2026.

AUTORIZO A MI PIPULO(A) A PARTICIPAR EN ACTIVIDADES PEDAGOGICAS FUERA DEL ESTABLECIMIENTO DE ACUERDO A LAS PLANIFICACIONES DE LOS DIVERSOS SECTORES, MODULOS Y ACTIVIDADES EXTRAPROGRAMATICAS.

SI AUTORIZO: _____ NO AUTORIZO: _____

NOMBRE APODERADO: _____

RUT: _____

FIRMA DEL APODERADO: _____

AUTORIZACIÓN PARA SALIR A MARCHAS.

AUTORIZO BAJO MI RESPONSABILIDAD A MI PUPILO(A) PARA ASISTIR A MARCHAS ESTUDIANTILES, EXIMIENDO DE TODA RESPONSABILIDAD AL ESTABLECIMIENTO.

MARCAR OPCIÓN:

SI AUTORIZO: _____ NO AUTORIZO: _____

NOMBRE APODERADO: _____

RUT: _____

FIRMA APODERADO: _____

ELIJA UNA DE LAS DOS ARTES: (solo para estudiantes que cursan 1° y 2° medio)

YO....., CURSO

OPTO ENTRE LA ASIGNATURA: (MARQUE CON UNA X SU PREFERENCIA)

1.- ARTES VISUALES

2.-ARTES MUSICALES

DESDE 2003

COMPROMISO Y DEBERES DEL APODERADO, PADRE, MADRE O TUTOR:

- EL APODERADO SE COMPROMETE EN APORTAR Y RESPALDAR EN LOS PROCESOS EDUCATIVOS DE SU PUPILO Y DE RESPETO A LA NORMATIVA INTERNA (REGLAMENTO INTERNO) DE NUESTRO ESTABLECIMIENTO.
- EL APODERADO SE COMPROMETE A ENVIAR A SU PUPILO(A) CON EL UNIFORME CORRESPONDIENTE AL ESTABLECIMIENTO.

Nombre: _____

RUT

Firma: _____

FIRMA RESPONSABLE DE MATRICULA.....

FECHA:

ENCUESTA SOBRE CLASES DE RELIGIÓN.

Estimados Sres. Padres y Apoderados:

Indique el nombre completo y curso de su hijo(a) y/o pupilo(a) que matriculará en este establecimiento educacional:

Nombre Estudiante:

Curso:

DESDE 2003

1.- Este establecimiento impartirá 02 hrs. Semanales de clases entre religión y artes, según preferencia del estudiante y apoderado y dentro del horario lectivo.

ESTIMADOS SRES. PADRES Y APODERADOS:

1.- ESTE ESTABLECIMIENTO IMPARTIRÁ 2 HORAS. SEMANALES DE CLASES DENTRO DEL HORARIO LECTIVO

MARQUE CON UNA X SU PREFERENCIA PARA LAS CLASES DE:

PROPUESTA.	PREFERENCIA.
ARTES (EN MARZO SE DETERMINAN OPCIONES).	SI OPTO X
RELIGION	NO OPTO

2.- Marque con una X su preferencia para las clases de Religión:

PROPUESTAS	PREFERENCIA.
Opto por clases de Religión Católica.	
Opto por clases de Religión Evangélica.	
Opto por otra Religión con programas aprobados. Señale cual.	
No opto por clases de Religión.	NO OPTO X

Nombre del Apoderado o Tutor: _____

Firma: _____

(Entrega este Documento al Profesor(a) Jefe:)

Esta encuesta se realizará según lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 924/1983 de Educación que estipula que en todos los establecimientos educacionales del país deberá ofrecerse clases de religión con carácter de optativa para los alumnos y sus familias.

Fecha: _____

Firma por establecimiento: _____



FORMULARIO **AUTORIZACIÓN** USO DE IMÁGENES, FOTOGRAFÍAS
O VIDEOS.

Yo, Rut.....,
Apoderado(a) de:, curso.....,
Rut.....

Autorizo al Instituto Superior de Administración y Turismo INSAT, a tomar material fotográfico (Imágenes-videos) Con el fin de poder obtener o difundir las experiencias exitosas desarrolladas por el establecimiento educacional INSAT, en el contexto de **Buenas Prácticas Pedagógicas**, en las distintas actividades que se lleven a cabo y en representación de nuestro establecimiento educacional.

Nuestra unidad educativa se compromete a resguardar la utilización de estas imágenes o videos para que en ningún caso estas tengan un mal uso.

**Firma, nombre y Rut
Apoderado(a)**

**EN CASO DE NO AUTORIZAR EL APODERADO SOLO DEBE FIRMAR EN ESTE LUGAR
QUE NO ACEPTA**

No Autorizo

**Comunidad Educativa
INSAT**