

**KINDER 2024**

# USO EXCLUSIVO ADMISIÓN

foto

Certificado de nacimiento Certificado de vacunas o fotocopia de Carnet de salud

(con el nombre de los padres)

**En caso de haber asistido a jardín infantil**

Informe Evolutivo de Párvulo Certificado de no deuda emitido por establecimiento de procedencia

# Antecedentes del Postulante

Apellido Paterno: Apellido Materno:

Nombres: Red Fija:

Dirección Particular: Comuna:

Fecha de Nacimiento: Día: Mes: Año: Edad al 31 de marzo 2024: RUN:

Conocimiento del Idioma Inglés: SI NO Otro:

¿Tiene hermanos en nuestro colegio?: SI ( Indicar curso ) NO Vive con ambos padres? SI \_\_\_\_\_\_ NO

Si la respuesta es **NO** ¿con quién vive?

**Trayectoria académica del/la postulante**

Nivel Medio Mayor: Año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Colegio/Jardín\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prekinder: Año Colegio/Jardín

**Antecedentes Atención Especialista (marcar con una x)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Psicopedagogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Psicólogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Neurólogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Neuropsiquiatra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fonoaudiólogo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Terapeuta Ocupacional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Profesor Particular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Otro (especificar)

# Antecedentes de los Padres

**Nombre del Padre**: RUN:

Dirección Particular: Comuna:

Fono Red Fija: Fono Celular:

Profesión–Actividad: e-mail:

Lugar de Trabajo: Fono laboral:

Estado Civil: Soltero: Casado: Viudo: Otro: Religión:

Ex-alumna del Colegio: SI: NO: ¿Entre qué años?

# Educación:

Educación Media SI: No: Colegio:

Educación Superior Universitaria Técnica Nombre de Univ. o Instituto Prof.

Título o Grado: Año:

Dominio del idioma inglés (básico, medio, avanzado)

**Nombre de la Madre**: RUN:

Dirección Particular: Comuna:

Fono Red Fija: Fono Celular:

Profesión–Actividad: e-mail:

Lugar de Trabajo: Fono laboral:

Estado Civil: Soltera: Casada: Viuda: Otro: Religión:

Ex-alumna del Colegio: SI: NO: ¿Entre qué años?

Dominio del idioma inglés (básico, medio, avanzado)

# Educación

Educación Media SI: No: Colegio:

Educación Superior Universitaria Técnica .Nombre de Univ. o Instituto Prof.

Título o Grado: Año:

Dominio del idioma inglés (básico, medio, avanzado)

**Otros Datos:**

Razones por las cuales se han interesado en nuestro colegio:

Nuestro colegio le(s) fue recomendado por:

¿A través de qué medio de información se enteró del inicio Proceso Admisión del Colegio?

Radio Diario Página web Otro (especificar)

Nombre del Apoderado: Firma Apoderado:

Concepción, de de 2023