



Oficina de Admisión

FICHA POSTULACIÓN 2022 COLEGIO CAPELLÁN PASCAL



Solicitud de Admisión

Datos del Alumno

Apellido paterno _____

Apellido materno _____

Nombres _____

Curso al que postula _____

Edad al 31 de Marzo _____ Fecha de nacimiento _____

Rut _____ Colegio de Procedencia: _____

Recepción de Documentos

TODOS LOS NIVELES

- _____ Certificado de Nacimiento (original)
- _____ Foto tamaño carnet del postulante
- _____ Informe Especialista Externo (cuando corresponda)

NIVEL PRE-BÁSICO Y 1º BÁSICO

- _____ Informe Pedagógico de Jardín
- _____ Certificado de control médico audiometría
- _____ Certificado de control médico oftalmológico

2º BÁSICO A EDUCACIÓN MEDIA

- _____ Certificado de Notas (2 últimos años completos, aprobados)
- _____ Informe de Notas del presente año (a la fecha)
- _____ Informe de Personalidad (2 años anteriores)
- _____ Informe de Personalidad del presente año (a la fecha)

NOTA: Al momento de formalizar la matrícula, se debe presentar un Certificado de pago de colegiatura al día del colegio de procedencia.



Educando para la Excelencia Académica
y Trascendencia Espiritual

"El Colegio Capellán Pascal brinda una educación integral, inspirada en los valores de Dios, Patria y Familia, formando líderes para nuestra sociedad globalizada, con un excelente nivel académico y de Inglés. Somos una comunidad acogedora, que integra con afecto a muchos alumnos cuyos padres han debido desplazarse a otras regiones, con niveles flexibles para que cada uno desarrolle su máximo potencial. Practicamos variados deportes, con destacada participación dentro y fuera de Chile. Nuestros egresados tienen el "Sello Pascalino" que les mantiene unidos, perseverantes y optimistas

Antecedentes familiares

Antecedentes del padre

Nombre y apellidos _____
Rut _____ Profesión _____ F. Nac. _____
Lugar de trabajo _____
Cargo que desempeña _____ Grado _____
Dirección particular _____ Casilla _____
Teléfono (s) _____ Celular _____
E-mail _____

Antecedentes de la madre

Nombre y apellidos _____
Rut _____ Profesión _____ F. Nac. _____
Lugar de trabajo _____
Cargo que desempeña _____ Grado _____
Dirección particular _____ Casilla _____
Teléfono (s) _____ Celular _____
E-mail _____

Domicilio de la familia

Ciudad _____ Calle _____ N° _____
Depto. _____ Telefono _____

El núcleo familiar está conformado por: (con quien vive el alumno)

Nombres	Edad	Parentesco	Actividad
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Sostenedor

Se entiende que es la persona responsable de la manutención material del alumno(a) para efectos de matrícula y colegiatura.

Nombre y apellidos _____
Rut _____ Profesión _____ F. Nac. _____
Lugar de trabajo _____
Cargo que desempeña _____ Grado _____
Dirección particular _____
Teléfono (s) _____ Celular _____
E-mail _____

Firma del Sostenedor

Apoderado

Se entiende que es el adulto responsable que acompaña en el proceso de formación de su pupilo y que concurrirá al colegio para reuniones, entrevistas, etc...

Nombre y apellidos _____
Rut _____ Profesión _____ F. Nac. _____
Lugar de trabajo _____
Cargo que desempeña _____ Grado _____
Dirección particular _____
Teléfono (s) _____ Celular _____
E-mail _____

Firma del Apoderado

IMPORTANTE:

El Sostenedor y/o Apoderado deberá informar al Colegio Capellán Pascal al momento de la matrícula cualquier situación judicial que tenga relación con el futuro estudiante (documentación de Juzgado de Familia, Órdenes de alejamiento, entre otros).

Antecedentes de historia escolar del alumno

Colegio en que ha estudiado (años en que ha realizado los estudios)

	AÑO	COLEGIO
PARVULARIO		
Pre-kinder	_____	_____
Kinder	_____	_____
CICLO BÁSICO		
PRIMERO	_____	_____
SEGUNDO	_____	_____
TERCERO	_____	_____
CUARTO	_____	_____
QUINTO	_____	_____
SEXTO	_____	_____
SÉPTIMO	_____	_____
OCTAVO	_____	_____
CICLO MEDIO		
PRIMERO	_____	_____
SEGUNDO	_____	_____
TERCERO	_____	_____
CUARTO	_____	_____

Vinculación de la familia con el Colegio

Hermanos en el Colegio _____

Padre Ex-Alumno Si No Año Egreso: _____

Madre Ex-Alumno Si No Año Egreso: _____

Familia, Profesor: (Indique) _____

Familia ha postulado anteriormente:

Año _____ con este alumno _____ otro _____

Antecedentes de Salud

Grupo Sanguíneo: _____ Enfermedad o alergias Si No _____

Medicamentos indicados: _____ Medicamentos contraindicados: _____

En caso de emergencia avisar a: _____ Teléfono: _____

Antecedentes de Atención por Especialistas

ESPECIALISTA	MARCAR	TIPO DE DIFICULTAD	AÑO	NOMBRE ESPECIALISTA	TELEFONO
Psicopedagoga	Si No	_____	_____	_____	_____
Psicólogo	Si No	_____	_____	_____	_____
Neurólogo	Si No	_____	_____	_____	_____
Neuropsiquiatra	Si No	_____	_____	_____	_____
Fonoaudiólogo	Si No	_____	_____	_____	_____
Profesor Particular	Si No	_____	_____	_____	_____
Otro	Si No	_____	_____	_____	_____