



Desde 1936
Colegio La Maisonnette
Mujeres para el mundo.



International Baccalaureate
Baccalauréat International
Bachillerato Internacional

ANTECEDENTES DE LA MADRE:

* **NOMBRES** : _____
* **APELLIDOS** : _____
* **RUT** : _____
* **TELÉFONOS:** : Casa/ 2 _____ Oficina/ 2 _____
: Celular +569 _____ Otro/ _____

* **MAIL DE CONTACTO** : _____@_____. _____

PROFESIÓN/OFICIO/ACTIVIDAD : _____
LUGAR DE TRABAJO : _____

¿ES EX - ALUMNA? : Si ___ No ___ Año de egreso _____

¿A QUÉ COLOR PERTENECÍA. : _____

ANTECEDENTES DEL PADRE:

* **NOMBRES** : _____
* **APELLIDOS** : _____
* **RUT** : _____
* **TELÉFONOS:** : Casa/ 2 _____ Oficina/ 2 _____
: Celular +569 _____ Otro/ _____

* **MAIL DE CONTACTO** : _____@_____. _____

PROFESIÓN/OFICIO/ACTIVIDAD : _____
LUGAR DE TRABAJO : _____



Desde 1936
Colegio La Maisonnette
Mujeres para el mundo.



International Baccalaureate
Baccalauréat International
Bachillerato Internacional

¿Qué relación tiene la persona que está completando esta ficha con la postulante?

¿Qué relación tiene la postulante con el Colegio?
(Si tiene relación familiar con una alumna o ex alumna indique nombre completo y color)

¿Por qué ha optado por postular a su hija al Colegio La Maisonnette ?

¿Qué espera que el Colegio La Maisonnette aporte a su hija?

¿Qué creen ustedes que pueden aportar como familia a nuestra institución?

Mencione 3 fortalezas y 3 debilidades de su hija.

1- _____	1- _____
2- _____	2- _____
3- _____	3- _____

Nombre a qué colegios están postulando a su hija.
Ordénelos por orden de prioridad, **incluyendo nuestro Colegio.**

1° opción _____
2° opción _____
3° opción _____



Desde 1936
Colegio La Maisonnette
 Mujeres para el mundo.



International Baccalaureate
 Baccalauréat International
 Bachillerato Internacional

¿Ha asistido a algún especialista durante el último año?

Neurólogo Si ___ No ___ Fecha _____ Motivo _____

Psiquiatra Si ___ No ___ Fecha _____ Motivo _____

Psicólogo Si ___ No ___ Fecha _____ Motivo _____

Psicopedagoga Si ___ No ___ Fecha _____ Motivo _____

Fonoaudiólogo Si ___ No ___ Fecha _____ Motivo _____

Otros Si ___ No ___ Fecha _____ Motivo _____

¿Presenta su hija algún problema médico?. Describa:

¿Mantiene su hija algún tratamiento farmacológico? Sí ___ No ___

¿Cuál? / Motivo

Agradecemos su postulación. Si considera necesario describir alguna información que sea importante agregar, detalle a continuación.

 Nombre completo y firma madre

 Nombre completo y firma padre

Santiago, ___ de _____ de 2019

*** Campos obligatorios**