



FICHA DE POSTULACIÓN EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA 2020

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

FICHA DE POSTULACIÓN EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA 2020

¿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 _____



FICHA DE POSTULACIÓN EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA 2020

¿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