



**FICHA DE POSTULACIÓN PROCESO DE ADMISIÓN 2024  
DE PLAY GROUP A 3° BÁSICO**

USO INTERNO		
Fecha de Postulación:		
Curso al que postula:		
Resultado Postulación:	ACEPTADO	RECHAZADO
FIRMA		

**ANTECEDENTES ESPECIALES DEL ESTUDIANTE**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Rut.: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Ha repetido algún curso? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____.	Causal de repitencia: Rendimiento <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/>
¿Presenta alguna Necesidad Educativa Especial? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)? _____	Especificaciones de la o las necesidad educativa especial _____ _____
¿Se encuentra en estos momentos con tratamiento? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indique la especialidad: Psicopedagogo <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Neurólogo <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____	¿Ha estado eximido(a)? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿De qué asignatura? _____ Indique razón de la eximición: _____ _____ ¿Presenta certificado? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Describa cómo es la relación madre – hijo (a) / padre hijo (a):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describa cuáles son los valores más importantes que representan a su familia

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué antecedentes tiene de Weston Academy?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué espera que el colegio le entregue a usted y su hijo(a) y que están dispuestos a entregar al colegio?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Apoderado



## FICHA EDUCACIÓN INICIAL (responder sólo si postula a Play Group, Pre-Kínder, Kínder)

### DATOS PERSONALES:

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio habitual: \_\_\_\_\_

Comuna: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES FAMILIARES:

Mencione el nombre, edad y parentesco de la familia:

NOMBRE Y APELLIDO	PARENTEZCO	EDAD	OCUPACIÓN

N° de hermanos: \_\_\_\_\_ Lugar que ocupa entre ellos: \_\_\_\_\_

Cómo es la relación con sus hermanos: \_\_\_\_\_

Personas con las que convive habitualmente: \_\_\_\_\_

Qué persona se encarga de cuidar al estudiante la mayor parte del tiempo: \_\_\_\_\_

### EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

1° Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

2° Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

3° Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES DE DESARROLLO:

Semanas al nacer \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Tipo de Parto: \_\_\_\_\_

¿A qué edad comenzó a caminar? \_\_\_\_\_

¿A qué edad comenzó a decir sus primeras palabras? \_\_\_\_\_

¿Cómo es su lenguaje actual? Palabras sueltas \_\_\_\_\_ Frases cortas \_\_\_\_\_ Oraciones completas \_\_\_\_\_

¿Cómo es su pronunciación? Poco clara \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Muy clara \_\_\_\_\_

Control de esfínter: Vesical \_\_\_\_\_ Anal \_\_\_\_\_ Nocturno \_\_\_\_\_ Usa pañal \_\_\_\_\_ Sabe limpiarse solo (a) \_\_\_\_\_

¿Padece alguna enfermedad? \_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento? \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Presenta algún tipo de alergia ¿A qué?: \_\_\_\_\_

¿Presenta algún trastorno del sueño? \_\_\_\_\_

¿Presenta alguna dificultad en el momento de la alimentación? \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**AUTONOMÍA Y DESARROLLO:**

- ¿Se mueve con soltura? \_\_\_\_\_ ¿Suele tropezar? \_\_\_\_\_ ¿Qué mano usa preferentemente? \_\_\_\_\_ ¿Mastica bien? \_\_\_\_\_  
¿Come de forma autónoma? \_\_\_\_\_ ¿Qué pie usa preferentemente? \_\_\_\_\_ ¿Come de todo? \_\_\_\_\_  
¿Cuántas horas duerme? \_\_\_\_\_ ¿Duerme solo o acompañado? \_\_\_\_\_ ¿Se viste solo? \_\_\_\_\_  
¿Coopera cuando se le viste? \_\_\_\_\_ ¿Usa chupete? \_\_\_\_\_ ¿Usa mamadera? \_\_\_\_\_ ¿Sabe sonarse solo? \_\_\_\_\_  
¿Se le entiende cuando habla? \_\_\_\_\_ ¿Se apoya en gestos? \_\_\_\_\_

**CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIANTE:**

¿Cómo definiría a su hijo (a)? (obediente, tranquilo, tímido, cariñoso, agresivo, alegre, etc.)

---

---

---

¿Qué tipo de juegos o juguetes prefiere?

---

---

¿Prefiere jugar solo o con otras personas? \_\_\_\_\_

¿Con quién juega normalmente? \_\_\_\_\_

¿Suele tener rabietas? \_\_\_\_\_ ¿Qué hace cuando las tiene? \_\_\_\_\_

¿Cómo las resuelven? \_\_\_\_\_

¿Suele salirse con la suya? \_\_\_\_\_

¿Tiene dificultad para relacionarse con otras personas? \_\_\_\_\_

**OTROS DATOS DE INTERES:**

¿Ha estado escolarizado antes? \_\_\_\_\_

¿Suele ver televisión? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas diarias? \_\_\_\_\_ ¿La ve solo o acompañado? \_\_\_\_\_

¿Qué programas suele ver? \_\_\_\_\_

Observaciones:

---

---

---

---

---



## DATOS GENERALES 2024

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL POSTULANTE (Campo obligatorio)

- **FAVOR COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA Y LEGIBLE**

Nombre completo:		
Género:		R.U.N.:
Nacionalidad:		Vive con:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Teléfono fijo y móvil:
Último curso rendido:	Último curso aprobado:	Teléfonos de emergencias:
Dirección Av./Calle:		N° Comuna:

### ANTECEDENTES DE LOS PADRES (Campo obligatorio)

PADRE	MADRE
Nombre completo:	Nombre completo:
R.U.N.:	R.U.N.:
Fecha de nacimiento:	Fecha de nacimiento:
Estado Civil:	Estado Civil:
Nacionalidad:	Nacionalidad:
Dirección:	Dirección:
Comuna:	Comuna:
Teléfono fijo/móvil:	Teléfono fijo/móvil:
E-mail:	E-mail:
Nivel educacional: Básica <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Universitaria <input type="checkbox"/>	Nivel educacional: Básica <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Universitaria <input type="checkbox"/>
Profesión / Ocupación:	Profesión / Ocupación:
Empresa donde trabaja:	Empresa donde trabaja:
Cargo que ocupa:	Cargo que ocupa:
Relación con el estudiante Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>	Relación con el estudiante Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>

### DATOS DE QUIEN SERÁ EL APODERADO ACADÉMICO (Campo obligatorio)

Nombre completo:		
R.U.N.:		Parentesco con el(la) estudiante:
Dirección Av./Calle:		N° Comuna:
Teléfono:		E-mail:

### DATOS DE QUIEN SERÁ EL APODERADO CON RESPONSABILIDAD DE PAGOS (Campo obligatorio)

Nombre completo:		
R.U.N.:		Parentesco con el(la) estudiante:
Dirección Av./Calle:		N° Comuna:
Teléfono:		E-mail:

### PERSONAS AUTORIZADAS EN CASO DE RETIRO DE ESTUDIANTES (Campo obligatorio)

Nombre completo:	R.U.N.:
Teléfono:	Parentesco:

Nombre completo:	R.U.N.:
Teléfono:	Parentesco:

Nombre completo:	R.U.N.:
Teléfono:	Parentesco:



## REGLAMENTO INTERNO DE CONVIVENCIA ESCOLAR (RICE)

### PRESENTACIÓN

Weston Academy tiene por objetivo central promover el desarrollo integral de todas las capacidades que cada estudiante posee, como individuo y como miembro de la comunidad humana. Para que pueda responder de manera asertiva a los requerimientos y desafíos que la sociedad en constante evolución nos impone. Buscamos y proponemos un proceso educacional armónico, el cual le da el carácter humanista a nuestra formación, no segmentada, con un fuerte énfasis en la interdisciplinariedad del saber humano.

Es importante señalar que el Manual de Convivencia Escolar del establecimiento está totalmente relacionado con el Programa de Formación Humana y se refiere a los principios y normas generales que permiten construir entre todos los actores, el contexto de convivencia que el establecimiento requiere para hacer posible las aspiraciones, valores e ideales contenidos en Proyecto Educativo.

En virtud de lo anterior, el Reglamento Interno y Manual de Convivencia Escolar pretende normar y regular cada uno de los aspectos que intervienen en la dinámica interna y externa (salidas pedagógicas, viajes de estudios, intercambio, entre otras) del establecimiento, abarcando con ello a todos los integrantes de la comunidad escolar. Desde la fecha de ingreso al Establecimiento Educacional, los Padres y/o Apoderados y Estudiantes realizarán declaración expresa en la ficha de matrícula de haber tomado conocimiento y asumir las disposiciones establecidas en el. Se entenderá a partir de este momento, que no existirá la ignorancia del contenido del presente Manual de Convivencia. Para este efecto, el establecimiento dispondrá mecanismos que garanticen el acceso, tenencia y acuse recibo tanto de este documento como de los cambios que pudiera sufrir.

### OBJETIVOS DEL REGLAMENTO INTERNO Y MANUAL DE CONVIVENCIA ESCOLAR:

1. Proveer un marco orientador que ayude a sistematizar los esfuerzos de la institución para regular las relaciones entre los miembros de la comunidad escolar, fortalecer la formación valórica, promover la convivencia sana, responsable y el principio de no discriminación arbitraria en un marco de respeto, aceptación por otros y cuidado del entorno que nos rodea.
2. Contar con un instrumento que incorpore políticas de prevención, medidas pedagógicas y protocolos de acción que faciliten el actuar de los agentes de la comunidad escolar frente a las diversas situaciones propias de la gestión escolar.

---

### TALON DE RECEPCION DEL REGLAMENTO INTERNO DE CONVIVENCIA ESCOLAR (RICE PUBLICADO EN PÁGINA WEB)

Fecha	
Nombre estudiante	
RUN Estudiante	
Curso 2024	
Firma Estudiante	
Nombre Apoderado	
RUN Apoderado	
Firma Apoderado	



### AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE IMÁGENES DE LOS ESTUDIANTES

Con la inclusión de las nuevas tecnologías dentro de los medios didácticos al alcance de la comunidad escolar y la posibilidad de que en estos puedan aparecer imágenes de sus hijos (as) durante la realización de las actividades escolares; y dado que el derecho a la propia imagen está reconocido al **artículo 18 de la Constitución** y regulado por la **Ley 1/1982, de 5 de mayo**, sobre el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen y la **Ley 15/1999, de 13 de Diciembre**, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. La dirección de nuestro colegio pide el consentimiento a los padres, apoderados y/o tutores legales para poder publicar a través de distintas plataformas de comunicación del colegio, las imágenes en las cuales aparezcan individualmente o en grupo los/las estudiantes Weston Academy, que con **carácter pedagógico** se puedan realizar en las diferentes secuencias y actividades realizadas en el colegio y fuera del mismo en actividades extraescolares.

### AUTORIZACIÓN PARA GRABACIONES DE CLASES Y/O MATERIAL ON LINE

Autorizó a mi hijo (a) a participar de las clases grabadas estipuladas en el horario de clases, así como también a enviar tareas (videos grabados, fotografías) a los docentes cuando ellos lo soliciten, en los que está expuesta la imagen del o la estudiante.

En caso de que el apoderado rechace la presente autorización, deberá cumplir con las indicaciones del establecimiento educacional, las que deben obedecer a criterios pedagógicos que permitan cautelar que el o la estudiante cumplan con la totalidad de las actividades curriculares planificadas por los docentes, las que a su vez están asociadas a Objetivos de Aprendizajes.

### AUTORIZACIÓN

Nombre Estudiante	
Curso 2024	
Nombre Apoderado	
RUN	
Autoriza Publicación de Imágenes	SI _____ NO _____
Autoriza Grabaciones de clases y material On line	SI _____ NO _____
Firma Apoderado	



**FICHA DE SALUD ESTUDIANTE**  
**(Debe ser llenada una por estudiante)**

<b>Nombre Completo</b>					
<b>Edad</b>					
<b>RUN</b>					
<b>Fecha de Nacimiento</b>					
<b>Dirección</b>					
<b>Comuna</b>					
<b>Curso 2024</b>					
<b>Nombre completo de la Madre</b>					
<b>Teléfonos de Contacto de la Madre</b>					
<b>Correo Electrónico de la Madre</b>					
<b>Nombre completo del Padre</b>					
<b>Teléfonos de Contacto del Padre</b>					
<b>Correo Electrónico del Padre</b>					
<b>Nombre completo del Apoderado Suplente (Parentesco)</b>					
<b>Teléfonos de Contacto Apod. Suplente</b>					
<b>Correo Electrónico Apod. Suplente</b>					
<b>Previsión Estudiante</b>					
<b>Peso</b>		<b>Estatura</b>		<b>Grupo Sanguíneo</b>	
<b>Seguro Escolar/ Convenio</b>		Clínica: _____ Tipo de Convenio: _____ Número de Contacto: _____			
<b>Enfermedades Crónicas/ Tratamientos Actuales</b> (General y/o Mental) (Diabetes, Asma, Epilepsia, entre otras)		SI _____ NO _____ Cuál /es: _____ Tratamiento: _____			
<b>Alergias</b> (Respiratorias, Alimentarias, a Animales/ Insectos, entre otras)		SI _____ NO _____ Cuál /es: _____ Tratamiento: _____			
<b>Medicamentos Autorizados</b> (Adjuntar certificado médico)					
<b>Medicamentos contraindicados</b>					
<b>En caso de urgencia Contactar a:</b>		Nombre: _____ Teléfono: _____ <hr/> Nombre: _____ Teléfono: _____ <hr/> Nombre: _____ Teléfono: _____ <hr/> Nombre: _____ Teléfono: _____			
<b>Otras observaciones de salud relevantes</b> (Hospitalizaciones, restricciones de dieta, uso de lentes, etc.).					

\_\_\_\_\_  
NOMBRE, FIRMA Y RUN DE APODERADO