LICEO PARTICULAR
PRESIDENTE ANIBAL PINTO G.
IQUIQUE

Registro N°

FORMULARIO DE POSTULACION A BECA 2027

I.- DATOS DEL ALUMNO POSTULANTE A BECA:

NOMBRE ……CURSO AÑO 2026 ……..

DIRECCIÓN ……RUN: ……

TELEFONO DE CASA ……CELULAR: +56 9 ……

II.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

1.-NOMBRE DE LA MAMÁ: ……RUN: ……EDAD: ……..

Nivel Educacional de la mamá	Profesión de la mamá	Lugar de trabajo de la mamá

2.-NOMBRE DEL PAPÁ: ……RUN: ……EDAD: ……..

Nivel Educacional del papá	Profesión del papá	Lugar de trabajo del papá

3.- El alumno vive con: a) ☐ b) ☐ c) ☐ d) ☐ especificar: ……

(Marque con un x) Padre Madre Ambos otros tutores (relación con el alumno(a))

Especifique su causa: Padres separados Mamá / Papá ☐☐ Padres fallecidos Mamá / Papá ☐☐

4.- Este ítem sólo lo debe llenar si ha cambiado el tutor.

NOMBRE: …… RUN: …… EDAD: ……..

Nivel Educacional	Profesión	Lugar de trabajo

5.- NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN SU HOGAR: ☐

6.-HERMANOS

Nº	NOMBRES DE HERMANOS DEL POSTULANTE	CURSO	ESTABLECIMIENTO AL QUE ASISTEN
01			
02			
03			
04			
05			

7.- INDIVIDUALICE SU APORTE ECONÓMICO Y EL DE TODOS LOS QUE APORTAN A SU HOGAR CON INGRESO DIRECTO, PENSIÓN, DE ALIMENTOS Y DE OTROS BENEFICIOS SOCIALES.

ANEXE DOCUMENTOS. (3 ULTIMAS LIQUIDACIONES DE SUELDO, COPIA FINIQUITO, COPIA PLANILLA AFC, BOLETAS DE HONORARIOS, PAGO 3 ULTIMOS I.V.A, COMPROBANTE PAGO PENSION DE ALIMENTO.

Nº	NOMBRES	RELACIÓN CON EL POSTULANTE	TIPO DE INGRESOS	MONTO ($)
01				
02				
03				
04				
05				

LICEO PARTICULAR
PRESIDENTE ANIBAL PINTO G.
IQUIQUE

Registro N°

8.- SEÑALE ALGÚN ANTECEDENTE MEDICO QUE SEA RELEVANTE DE CONSIDERAR Y EL CUAL ESTÉ MEDICAMENTE CERTIFICADO Y AFECTE DIRECTAMENTE LA SITUACION ECONOMICA FAMILIAR.
(Presentar certificados médicos)

ANTECEDENTES

III ANTECEDENTES ESCOLARES:

1.- ¿CUÁNTOS AÑOS HA OBTENIDO BECA?.....
2.- ¿OBTUVO BECA EN EL AÑO 2026? ……..
3.- % DE BECA ACTUAL…….
4.- NOTA DE PROMOCION AÑO 2026……
5.-ALUMNO (A) OBTUVO ALGUNA DISTINCION ACADEMICA…….

III.-ANTECEDENTES HABITACIONALES (MARQUE CON UNA X) (ADJUNTE DOCUMENTOS PAGO DE DIVIDENDOS, PAGO DE ARRIENDO)

CASA: ☐ DEPARTAMENTO: ☐

PROPIA: ☐ ARRENDADA: ☐ ALLEGADOS: ☐ CEDIDA: ☐

DECLARO QUE LOS DATOS APORTADOS SON FIDEDIGNOS Y QUE PUEDEN SER VERIFICADOS POR LA COMISION DESIGNADA POR EL ESTABLECIMIENTO.

_____ _____
NOMBRE Y FIRMA APODERADO **FIRMA QUIEN RECIBE**

FECHA RECEPCIÓN: _____