



UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE  
ALTA-UACH, Escuela de Talentos Académicos

**INFORMACIÓN DEL ALUMNO/A NOMINADO/A**

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	
RBD del establecimiento	
Dependencia	Municipal <input type="checkbox"/> Particular Subvencionado <input type="checkbox"/> Particular Pagado <input type="checkbox"/>
Nombre completo del Alumno/a	
RUT de Alumno/a	
Curso (Nivel y Letra)	
Edad y fecha de nacimiento	
Dirección domicilio del Alumno/a	
Teléfono domicilio del Alumno/a	
Comuna	
Nombre completo de la Madre	
Nombre completo del Padre	
Nivel educacional de la Madre (marque con una X)	Sin estudios <input type="checkbox"/> Básica Incompleta <input type="checkbox"/> Básica Completa <input type="checkbox"/>
	Media Incompleta <input type="checkbox"/> Media Completa <input type="checkbox"/>
	Instituto Prof. o CFT Incompleta <input type="checkbox"/> Instituto Prof. o CFT Completa <input type="checkbox"/>
	Universitaria incompleta <input type="checkbox"/> Universitaria Completa <input type="checkbox"/>
	Estudios de Post-grado <input type="checkbox"/>
Nivel educacional del Padre (marque con una X)	Sin estudios <input type="checkbox"/> Básica Incompleta <input type="checkbox"/> Básica Completa <input type="checkbox"/>
	Media Incompleta <input type="checkbox"/> Media Completa <input type="checkbox"/>
	Instituto Prof. o CFT Incompleta <input type="checkbox"/> Instituto Prof. o CFT Completa <input type="checkbox"/>
	Universitaria incompleta <input type="checkbox"/> Universitaria Completa <input type="checkbox"/>
	Estudios de Post-grado <input type="checkbox"/>
Celulares de los Padres	Madre Padre
Teléfono laboral de los Padres	Madre Padre
Otro teléfono de contacto	
Correo electrónico de contacto	

Autorizo que mi pupilo/a rinda la evaluación de admisión a la Escuela de Talentos y estoy informada(o) de que no se entregarán resultados detallados de la evaluación.

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

Fecha.....