**FICHA DE INSCRIPCIÓN, PARA NIÑOS, NIÑAS Y JÓVENES QUE PARTICIPAN EN CECREA**

Esta ficha debe ser llenada por un adulto responsable en el caso de niños o niñas menores de 14 años. Los mayores de 14 años, pueden llenar la ficha por sí mismos.

1. **Datos de laboratorio en el que se inscribe.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre laboratorio: |  |
| Laboratorio :(en caso de no haber cupos en la primera prioridad) |  |

1. **Datos del niño, niña o joven.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Rut |  | Fecha de Nacimiento |  |
| Género (marcar x) | Masculino \_\_\_ Femenino \_\_\_ No quiero responder \_\_\_Otro (Sin especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nacionalidad | Chileno/a \_\_\_ Otra \_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Domicilio |  |
| Comuna  |  | Región |  |
| Teléfono |  | Correo electrónico |  |
| Establecimiento Educacional |  |
| Dependencia | Municipal \_\_\_ Part. Subv. \_\_\_ Part. Pagado \_\_\_Administración delegada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Curso Actual |  |
| Presenta alguna discapacidad | Sí \_\_\_ No \_\_\_ |
| Si la respuesta anterior es sí, indique cuál: |
| \_\_\_\_\_\_ Persona en situación de discapacidad de origen físico. |
| \_\_\_\_\_\_ Persona en situación de discapacidad de origen intelectual. |
| \_\_\_\_\_\_ Persona en situación de discapacidad psiquiátrica. |
| \_\_\_\_\_\_ Persona en situación de discapacidad de origen visual. |
| \_\_\_\_\_\_ Persona en situación de discapacidad de origen auditivo. |
| \_\_\_\_\_\_ Persona en situación de discapacidad congénita. |

1. **Antecedentes motivacionales.**

|  |
| --- |
| ¿Cómo te enteraste de CECREA? |
| \_\_\_\_\_\_ A través de un amig@/compañer@. |
| \_\_\_\_\_\_ A través de mi colegio/profesores. |
| \_\_\_\_\_\_ Medios de comunicación tradicional (radio, televisión, periódicos/revistas impresas). |
| \_\_\_\_\_\_ A través de Internet (página web/boletín informativo/redes sociales). |
| \_\_\_\_\_\_ A través de mi familia. |
| \_\_\_\_\_\_ Por cercanía o iba pasando por el lugar dónde está.\_\_\_\_\_\_ No sabe / No responde.\_\_\_\_\_\_ Otro |
| ¿Qué te atrae de CECREA? |
|  |
| En tu colegio, ¿participas en alguna de las siguientes actividades? (Selecciona todas las que correspondan) |
| \_\_\_\_\_\_ Deportiva. |
| \_\_\_\_\_\_ Religiosa. |
| \_\_\_\_\_\_ Artística. |
| \_\_\_\_\_\_ Científica. |
| \_\_\_\_\_\_ Medioambiental. |
| \_\_\_\_\_\_ Asociativa (Scouts).\_\_\_\_\_\_ Otros |
| En tu casa, ¿realizas alguna de las siguientes actividades? (Selecciona todas las que correspondan) |
| \_\_\_\_\_\_ Deportiva. |
| \_\_\_\_\_\_ Religiosa. |
| \_\_\_\_\_\_ Artística. |
| \_\_\_\_\_\_ Científica. |
| \_\_\_\_\_\_ Medioambiental. |
| \_\_\_\_\_\_ Asociativa (Scouts).\_\_\_\_\_\_ Otros |
| En otra Institución o lugar (que no sea la casa o el colegio), ¿realizas alguna de las siguientes actividades? (Selecciona todas las que correspondan) |
| \_\_\_\_\_\_ Deportiva. |
| \_\_\_\_\_\_ Religiosa. |
| \_\_\_\_\_\_ Artística. |
| \_\_\_\_\_\_ Científica. |
| \_\_\_\_\_\_ Medioambiental. |
| \_\_\_\_\_\_ Asociativa (Scouts).\_\_\_\_\_\_ Otros |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Has asistido a una experiencia artística (concierto, cine, etc.) en el último año? | \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No |
| ¿Has asistido a una experiencia científica (feria científica, planetario, etc.) en el último año? | \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No |
| ¿Has asistido a una experiencia deportiva (estadio, torneo, etc.) en el último año? | \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No |

1. **Datos del adulto responsable**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Rut |  | Fecha de Nacimiento |  |
| Teléfono |  | Correo electrónico |  |
| Género (marcar x) | Masculino \_\_\_ Femenino \_\_\_ No quiero responder \_\_\_Otro (Sin especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nacionalidad | Chileno/a \_\_\_ Otra \_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Qué relación tiene con el niño, niña o joven que participa en CECREA?: |
| Madre/Padre \_\_\_ Hermano/a \_\_\_ Tío/a \_\_\_ Abuelo/a \_\_\_ Madrastra/Padrastro \_\_\_Otro/a familiar \_\_\_ Otro/a \_\_\_  |
| ¿Cuáles el nivel educacional más alto completado? (Marcar con x) |
| \_\_\_\_\_\_ Nunca asistió. |
| \_\_\_\_\_\_ Sala Cuna / Jardín Infantil. |
| \_\_\_\_\_\_ Prekinder / Kinder. |
| \_\_\_\_\_\_ Básica o Primaria. |
| \_\_\_\_\_\_ Educación Media Científico Humanista. |
| \_\_\_\_\_\_ Educación Media Técnico Profesional.\_\_\_\_\_\_ Técnico Nivel Superior.\_\_\_\_\_\_ Profesional.\_\_\_\_\_\_ Postgrado. |