



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover N.
La Cisterna

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

| Nombre | RUN | Correo Electrónico |
|---------|-----|--------------------|
| wwqeqwe | 212 | swdd@kjkfhc.cl |

Datos del Estudiante

| RUN | Curso | |
|-------------------------------------|--|--------------------|
| 16818855-2 | QUINTO BÁSICO 2021 | |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres |
| | | |
| Fecha de Nacimiento | Ciudad Nacimiento | País de Origen |
| | | |
| Domicilio | | Comuna |
| | | |
| Género | Teléfono | Correo Electrónico |
| | | |
| Teléfonos de contacto y/o urgencias | | |
| Nombre | Parentesco | Número |
| | | |
| | | |
| | | |
| Colegio de Procedencia | ¿Con quien vive el niño? | |
| | | |
| ¿Repite curso? | ¿Presenta Necesidades Educativas Especiales? | |
| NO | NO | |

Datos del Padre

| RUN | Nombre Completo | Teléfono |
|--------------------|------------------|----------------------|
| | | |
| Correo Electrónico | Nivel Educativo | Dirección |
| | | |
| Profesión | Lugar de Trabajo | Dirección de Trabajo |
| | | |

Datos de la Madre

| RUN | Nombre Completo | Teléfono |
|--------------------|------------------|----------------------|
| | | |
| Correo Electrónico | Nivel Educativo | Dirección |
| | | |
| Profesión | Lugar de Trabajo | Dirección de Trabajo |
| | | |

Datos del Apoderado

| | | |
|---------------------------------|----------------------|--------------|
| Vínculo que lo une al alumno(a) | ¿Vive con el niño? | |
| | NO | |
| RUN | Nombre Completo | Teléfono |
| | | |
| Correo Electrónico | Género | Estado Civil |
| | | |
| Nivel Educacional | Dirección | Profesión |
| | | |
| Lugar de Trabajo | Dirección de Trabajo | |
| | | |

Datos Adicionales

| | |
|--|---------------------------|
| ¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión? | ¿Cuál? |
| NO | |
| ¿Quién retira a su hijo del Establecimiento? | Indique nombre y apellido |
| | |
| Observaciones | |
| | |

Ficha Clínica

| | | |
|---|---|---|
| ¿El estudiante tiene seguro de accidente en alguna institución particular? | Nombre de la institución donde tiene seguro | Registre teléfono de la institución en caso de emergencia |
| NO | | |
| ¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial? | ¿Cuál? | |
| NO | | |
| Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio | | |
| | | |
| Observaciones | | |
| | | |

He leído y acepto los siguientes documentos del establecimiento:

| | | |
|----------------------------------|----------|----------|
| Proyecto Educativo Institucional | _____ SI | _____ NO |
| Manual de Convivencia | _____ SI | _____ NO |
| Reglamento Interno | _____ SI | _____ NO |
| Plan de Formación Ciudadana | _____ SI | _____ NO |

Firma del Padre o Madre

Firma del Apoderado

Fecha: 19-12-2020 18:57:23

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna