



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
ruth montenegro marin	154424199	remontm26@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23161966-6	SEXTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CIFUENTES	MONTENEGRO	LUCAS MAXIMILIANO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
01-11-2009	santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
nueva oriente 9357		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	934123183	remontm26@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ruth montenegro	MADRE	934123183
cecilia montenegro	TIO/A	950626703
gladys marin	ABUELO/A	967306454
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
willis hoover	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
153440077	jose miguel cifuentes toledo	974320584
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
jcifuentes@oxford.cl	MEDIA COMPLETA	nueva oriente 9357
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
jefe area serv tecnico oxford	san bernardo	las acacias 720

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
154424199	ruth eunice montenegro marin	934123183
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
remontm26@gmail.com	MEDIA COMPLETA	nueva oriente 9357
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

dueña de casa		
---------------	--	--

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
154424199	ruth montenegro marin	934123183
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
remontm26@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	nueva oriente 9357	dueña de casa
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	evangelica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	ruth montenegro marin
Observaciones	
tambien puede retirarlo cecilia montenegro rut 13337588-0 tia de lucas cifuentes	

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: 17-12-2020 13:45:07

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

