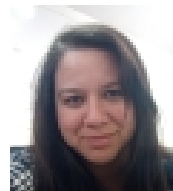




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



LIBNI CHAVEZ



BELL NICOLE FINOL
CHAVEZ

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
26469207-5	SÉPTIMO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
FINOL	CHAVEZ	BELL NICOLE
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
10-01-2009	MARACAIBO	VENEZUELA
Domicilio		Comuna
FUENZALIDA URREJOLA 125		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	966401820	LIBNICHAVEZ@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
LIBNI CHAVEZ	MADRE	966401820
JAIRÓ RODRIGUEZ	OTRO	967442326
JESSICA FINOL	TIO/A	948665208
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
SÓLO MADRE	DR. WILLIS COLLINS HOOVER KURT	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
S/I	GABRIEL FINOL	2147483647
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
LIBNICHAVEZ@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	ARGENTINA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
INGENIERO CIVIL	ARGENTINA	ARGENTINA

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
26469277-6	LIBNI MAYLIN CHAVEZ MORA	966401820
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
LIBNICHAVEZ@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	FUENZALIDA URREJOLA 125
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
INGENIERA EN CONSTRUCCION CIVIL	FUENZALIDA URREJOLA 125	FUENZALIDA URREJOLA 125

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
26469277-6	LIBNI CHAVEZ	966401820
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
LIBNICHAVEZ@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	FUENZALIDA URREJOLA 125	INGENIERA EN CONSTRUCCION CIVIL
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
FUENZALIDA URREJOLA 125	FUENZALIDA URREJOLA 125	

Datos Adicionales

¿ Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	CRISTIANA EVANGELICA
¿ Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	LIBNI CHAVEZ	
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		966401820
¿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
Manual de Convivencia	_____ SI
Reglamento Interno	_____ SI
Plan de Formación Ciudadana	_____ SI

_____ NO
_____ NO
_____ NO
_____ NO

Firma del Padre o Madre

Firma del Apoderado

Fecha: 14-12-2021 22:59:23

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna