



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
ANA MARIA FIERRO MOSCOSO	12187680-9	ana.fierro.moscossom@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24668465-0	PRIMERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ZAMORANO	FIERRO	SAMUEL ISAAC
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
	SANTIAGO	Chile?
Domicilio		Comuna
LEON PRADO 971		San Miguel
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	942545326	ana.fierro.moscossom@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
EDUARDO	PADRE	984233837
MIRIAM	TIO/A	954200761
RUTH	TIO/A	974050125
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
C. HOOVER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
10514004-5	EDUARDO ZAMORANO PALMA	984233837
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
edoelis70@gmail.com	MEDIA COMPLETA	LEON PRADO 971
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ADMINISTRATIVO	DESEMPLEADO	

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
12187680-9	ANA MARIA FIERRO MOSCOSO	942545326
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
ana.fierro.moscossom@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	LEON PRADO 971
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
12187680-9	ANA MARIA FIERRO MOSCOSO	942545326
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
ana.fierro.moscocom@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	LEON PRADO 971	QUIMICO ANALISTA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
DUEÑA DE CASA		

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	CRISTIANA EVANGELICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	ANA MARIA FIERRO MOSCOSO
Observaciones	
ES POSIBLE QUE UTILICE TRANSPORTE ESCOLAR	

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?	
SI	ASMA	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
MI HIJO TIENE UN TRATAMIENTO DIARIO CON INHALADORES LOS CUALES SON ADMINISTRADOS EN LA CASA, SOLO EN CASO S.O.S SE ENVIARIA ALGUNA INDICACION 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: 14-12-2020 22:42:19

