



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



JOCELYN BETZABÉ
MALCA VILLAGRA

ALONSO IGNACIO
ARANCIBIA MALCA

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24962629-5	PRIMERO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ARANCIBIA	MALCA	ALONSO IGNACIO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
17-04-2015	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
ARGENTINA #784		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	998074404	JOKITOMV22@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ÁNGEL ARANCIBIA	PADRE	978584757
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
106917973	ANGEL ERNESTO ARANCIBIA CASTRO	978584757
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
NGLARANCIBIA@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	ARGENTINA 784
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ING MECÁNICO	SAN BERNARDO	GRAN AV. 13805

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17.179.601-6	JOCELYN BETZABÉ MALCA VILLAGRA	998074404
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
JOKITOMV22@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	ARGENTINA #784 LA CISTERNA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
EMPRENEDORA	CASA	ARGENTINA 784

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
17.179.601-6	JOCELYN BETZABÉ MALCA VILLAGRA	998074404
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
JOKITOMV22@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	ARGENTINA #784 LA CISTERNA	EMPRENEDORA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
CASA	ARGENTINA 784	

Datos Adicionales

¿ Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	EVANGÉLICA
¿ Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	JOCELYN BETZABÉ MALCA VILLAGRA	
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
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: 12-12-2021 23:08:59

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna