



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
marilyn Jiménez Carvajal	139327675	182106majica@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23006166-1	SEXTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
NAVARRO	JIMENEZ	KATALINA DENISSE
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
27-04-2009	27-04-2009	Chile?
Domicilio		Comuna
yucata 02432		Lo Espejo
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	78748837	katalina.navarro.jimenez@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
manuel soto	OTRO	77667866
esteban huenchullan	HERMANO/A	76858058
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
141929615	daniel andres navarro	63067082
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
	SUPERIOR COMPLETA	av el parron 0671 dto 514
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
mecanico aviones	fach	

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
139327675	marilyn Jiménez Carvajal	978748837
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
182106majica@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	yucatan 02432
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

agente comercial	plaza oeste	
------------------	-------------	--

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
139327675	marilyn Jiménez Carvajal	78748837
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
182106majica@gmail.com	Femenino	Divorciado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	yucatan 02432	agente comercial
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
plaza oeste		

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	evangélica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	marilyn Jiménez
Observaciones	
ella igual se retira en furgon	

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 13:39:22

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

