

# FICHA DE MATRÍCULA

### **Datos del Solicitante**

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Alejandra matus de la parra zubarzo	132992738	jandy_77@hotmail.com

## **Datos del Estudiante**

RUN	Curso		
24359327-1	SEGUNDO BÁSICO 2021		
Apellido Paterno	Apellido Materno Nombres		
Castro	Matus de la parra	Amanda catalina	
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen	
12-08-2013	Santiago	Chile?	
Domicilio		Comuna	
Torreblanca 800		La Cisterna	
Género	Teléfono	Correo Electrónico	
Femenino	975728517	jandy_77@hotmail.com	
Teléfonos de contacto y/o urgencias			
Nombre	Parentesco	Número	
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?		
Willis hover	AMBOS PADRES		
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?		
NO	NO		

## **Datos del Padre**

RUN	Nombre Completo Teléfono		
132975191	Juancastro muñoz	975728517	
Correo Electrónico	Nivel Educacional Dirección		
jandy_77@hotmai.com	MEDIA COMPLETA	Torreblaca 800	
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Tecnico en telecomunicaciones	Antenas Chile	Capitan thompson 435	

#### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
132992738	Aleandra matus de la parra Zubarzo	975728517
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
jandy_77@hotmail.com	SUPERIOR COMPLETA	Torreblanca 800
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
132992738	Alejandra matus de la parra zubarzo	975728517
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
jandy_77@hotmail.com	Femenino	Soltero
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	Torreblanca 800	Educadora de parvulos
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Colegio naciones unidas	Isabel la catolica 0680	

### **Datos Adicionales**

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?	
NO		
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	Alejandra matus de la parra	
Observaciones		
El padre la retirarà en algunas ocaciones		

## Ficha Clínica

¿El estudiante tiene seguro de accidente en alguna institución particular?		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: 16-12-2020 21:55:21