

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
LIZABETH BERRIOS	13567015-4	KEILABASTI@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24462695-5	SEGUNDO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
VILCHES	BERRIOS	SAMUEL AARÓN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
22-11-2013	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
BRISAS DEL MAIPO 0571 DPTO. 223		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	988784708	KEILABASTI@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
LIZABETH BERRIOS	MADRE	988784708
CESAR VILCHES	PADRE	995378418
TERESA ARTIGAS	ABUELO/A	952170944
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO WILLIS HOOVER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13265055-1	CESAR ANTONIO VILCHES MEDEL	995378418
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
CESARCHARLY23@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	BRISAS DEL MAIPO 0571 DPTO 223 LA CISTERNA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
COMERCIANTE	CAMION DE GAS	PASAJE CEPPI 7886

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13567015-4	LIZABETH KEILA BERRIOS ARTIGAS	988784708
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
KEILABASTI@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	AV. TRONCAL SAN FRANCISCO 2140 CASA 14 PUENTE ALTO
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TECNICO EN ENFERMERIA NIVEL SUPERIOR	CECOSF MODELO	ALVEAR 6543 SAN RAMON

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
13567015-4	LIZABETH KEILA BERRIOS ARTIGAS	988784708

Correo Electrónico	Género	Estado Civil
KEILABASTI@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	AV. TRONCAL SAN FRANCISCO 2140 CASA 14 PUENTE ALTO	TECNICO EN ENFERMERIA NIVEL SUPERIOR
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
CECOSF MODELO	ALVEAR 6543 SAN RAMON	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGELICA PENTECOSTAL
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
PADRE	CESAR VILCHES MEDEL
Observaciones	
AVECES LO RETIRA TIOS O ABUELOS MATERNOS	

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: 21-12-2020 09:45:03

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna