



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Leticia Castro	20343577-0	leticiacastroq@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24128617-7	TERCERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
JIMENEZ	CASTRO	ALONDRA ISIDORA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
29-11-2012	santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
av. el parrón 0671		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	958060773	leticiacastroq@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Mario	PADRE	953951417
LETICIA	MADRE	958060773
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
no	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16381417-k	Mario José Ríos	9539511417
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
	SUPERIOR COMPLETA	av el parrón 0671
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
técnico ingeniera en minas	mini Marquet la cisterna	av el parron 0671

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
203435770	Leticia Castro quiroz	958060773
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
leticiacastroq@gmail.com	MEDIA COMPLETA	av. el parrón 0671
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

no aplic a	no aplica	no aplica
------------	-----------	-----------

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
20343577-0	Leticia Verónica Castro Quiroz	958060773
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
leticiacastroq@gmail.com	Femenino	Soltero
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	av. el parrón	no aplica
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
no aplica	no aplica	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	evangelica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	Leticia Verónica Castro Quiroz
Observaciones	
QUIEN RETIRE A LA ALUMNA ALONDRA Jiménez será la Madre o la tía del furgón 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?	
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: 14-12-2020 21:54:06

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

