



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
YORDELIS LEÓN	27.229.149-7	YORDELISLEON@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
100462800-0	TERCERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
RODRIGUEZ	LEON	DANIEL ABRAHAM
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
07-02-2013	BARQUISIMENTO	VENEZUELA
Domicilio		Comuna
AV. EL PARRON #0681		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	957227601	YORDELISLEON@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
FERNANDO RODRÍGUEZ	PADRE	938774553
YORMAN SUAREZ	TIO/A	937698641
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
LICEO CERVANTES	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
27.233.278-9	FERNANDO RODRÍGUEZ	938774553
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
RODRIGUEZFERNANDO25@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	AV. EL PARRÓN #0681 LA CISTERNA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ARIA DE ARCHIVOS		

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
27.229.149-7	YORDELIS LEÓN	957227601
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
YORDELISLEON@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	AV. EL PARRÓN #0681 LA CISTERNA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ARIA DE ARCHIVOS		

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
27.229.149-7	YORDELIS LEÓN	957227601
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
YORDELISLEON@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO

Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	AV. EL PARRÓN #0681 LA CISTERNA	ARIAS DE ARCHIVOS
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

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	YORDELIS LEÓN
Observaciones	
TAMBIÉN LO PUEDE RETIRAR SU PADRE (FERNANDO RODRÍGUEZ) Y SU TÍO (YORMAN SUAREZ)	

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: 03-03-2021 12:02:59

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna