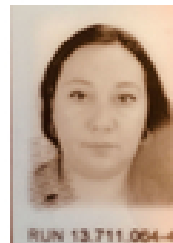
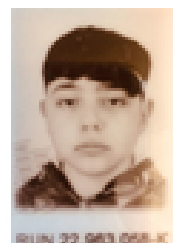




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



JUDITH BARRIENTOS
FIGUEROA



TOMÁS EDUARDO
CASTRO
BARRIENTOS

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22963058-K	OCTAVO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CASTRO	BARRIENTOS	TOMÁS EDUARDO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
09-03-2009	SANTIAGO	CHILE
Domicilio		Comuna
ANGEL BUGUEÑO N°8336		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	975270897	CASTROBARRIENTOST@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
JUDITH BARRIENTOS	MADRE	983219938
MARCELO CASTRO	PADRE	975727915
CAMILA BARRIENTOS	TIO/A	950562126
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	COLEGIO HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14083051-8	MARCELO CASTRO RIVERA	975727915
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
MARCELO.CASTRO.RIVERA1@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	ANGEL BURGUEÑO 8336, LA CISTERNA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
INGENIERO EN COMERCIO INTERNACIONAL	.	.

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13711064-4	JUDITH BARRIENTOS FIGUEROA	983219938
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
JUDITH.BARRIENTOS.F@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	ANGEL BURGUEÑO 8336, LA CISTERNA
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
13711064-4	JUDITH BARRIENTOS FIGUEROA	983219938
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
JUDITH.BARRIENTOS.F@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	ANGEL BURGUEÑO 8336, LA CISTERNA	.
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
.	.	

Datos Adicionales

¿ Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
NO	NINGUNA	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	JUDITH BARRIENTOS FIGUEROA	
Observaciones		

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?	
SI	ASMA	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
INHALADOR ANTES DE ACTIVIDAD FÌSICA		
Observaciones		

He leído y acepto los siguientes documentos del establecimiento:

Proyecto Educativo Institucional	_____ SI
Manual de Convivencia	_____ SI
Reglamento Interno	_____ SI
Plan de Formación Ciudadana	_____ SI

_____ NO
_____ NO
_____ NO
_____ NO

Firma del Padre o Madre

Firma del Apoderado

Fecha: 16-12-2021 14:01:24

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna