

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
CARMEN PUEBLA	15619160-4	CARMEN.PUEBLA.A@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23670736-9	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
PIZARRO	PUEBLA	ANAYA SARAI
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
13-06-2011	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio	Comuna	
BLAS VIAL 8410	LA CISTERNA	
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	2147483647	CARMEN.PUEBLA.A@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ULISES PIZARRO	PADRE	91532235
HAYDEE BARAHONA	ABUELO/A	22559259
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13289082-K	ULISES JESÚS PIZARRO BARAHONA	91532235
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
FOTOCOPIASEGURA@HOTMAIL.COM	SUPERIOR INCOMPLETA	BLAS VIAL 8410 LA CISTERNA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TECNICO INDUSTRIAL EN ELECETRONICA	SII	SUECIA 211,PROVIDENCIA

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15619160-4	CARMEN LORENA PUEBLA ABURTO	40605840
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
CARMEN.PUEBLA.A@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	BLAS VIAL 8410
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
CONTADOR AUDITOR	TMF CHILE	MARIANO FONTECILLA 310

Datos del Apoderado

--	--	--

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
15619160-4	CARMEN PUEBLA ABURTO	940605840
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
CARMEN.PUEBLA.A@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	BLAS VIAL 8410	CONTADOR AUDITOR
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
TMF CHILE	MARIANO FONTECILLA 310	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	EVANGELICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
OTRO	TIO JULIAN
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?	
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 08:31:25

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna