

# FICHA DE MATRÍCULA

## Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
CARLA ESPINOZA	18053784-8	CARLA.ESPINOZAMR@GMAIL.COM

## Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23491979-2	QUINTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
BURGOS	ESPINOZA	ALEXANDRA FRANCOISE
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
27-11-2010	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
JOSE JOAQUÍN PRIETO VIAL 8360		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	97253864	CARLA.ESPINOZAMR@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ESPINOZACARLA	MADRE	97253864
BURGOSALEX	PADRE	77318553
VALENZUELATERESA MARIA	ABUELO/A	50629705
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
WILLIS HOOVET	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

## Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
18071100-7	ALEX RENAN BURGOS CASTRO	77318553
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
ALEX.BURGOS73@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	JOSE JOAQUÍN PRIETO VIAL 8360
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TECNICO ELECTRONICO	INDEPENDIENTE	

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
18053784-8	CARLA ALEJANDRA ESPINOZA VALENZUELA	97253864
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
CARLA.ESPINOZAMR@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	JOSE JOAQUÍN PRIETO VIAL 8360
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TÉCNICO EN LABORATORIO QUIMICO	INDEPENDIENTE	

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
18053784-8	CARLA ALEJANDRA ESPINOZA VALENZUELA	97253864

Correo Electrónico	Género	Estado Civil
CARLA.ESPINOZAMR@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	JOSE JOAQUÍN PRIETO VIAL 8360	TÉCNICO DE LABORATORIO QUIMICO
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
INDEPENDIENTE		

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	CARLA ESPINOZA
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 08:25:31

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna