



LESLIE VANESSA
CASTRO ARANDA



DIEGO BENJAMIN
GONZALEZ CASTRO

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23754004-2	QUINTO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
GONZALEZ	CASTRO	DIEGO BENJAMIN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
23-09-2011	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio	Comuna	
CHAPAL 02555	LO ESPEJO	
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	978802916	LESLIECASTRO894@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
LESLIE CASTR	MADRE	978802916
LORELEY CONTADOR	ABUELO/A	999876368
DIEGO GONZALEZ	PADRE	953679572
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
SÓLO MADRE	COLEGIO WILLIS HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17663549-5	DIEGO HUMBERTO GONZALEZ CONTADOR	953679572
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
DIEGO.GONZALEZ.BHC@GMAIL.CO M	MEDIA COMPLETA	CHAPAL 02555, LO ESPEJO
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
NO TIENE	DAFITI	LA MARTINA 455, PUDAHUEL

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
18.054.525-5	LESLIE VANESSA CASTRO ARANDA	999876368
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
LESLIECASTRO894@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	ALCALDE PEDRO ALARCÓN 851, SAN MIGUEL
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
NO TIENE	ESCUELA CLARA ESTRELLA	VALPARAÍSO 6990, LO ESPEJO

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
18.054.525-5	LESLIE VANESSA CASTRO ARANDA	999876368
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
LESLIECASTRO894@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	LCALDE PEDRO ALARCÓN 851, SAN MIGUEL	NO TIENE
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
ESCUELA CLARA ESTRELLA	VALPARAÍSO 6990, LO ESPEJO	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?		
SI	EVANGÉLICA			
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido			
OTRO	OTRO			
Observaciones				
PUEDE QUE CONTRATEMOS UN SERVICIO DE FURGON				

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		
SI	BICEVIDA			
¿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	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Manual de Convivencia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Reglamento Interno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Plan de Formación Ciudadana	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Firma del Padre o Madre

Firma del Apoderado

Fecha: 10-12-2021 13:25:23

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna