







GASPAR IGNACIO SEPULVEDA VENEGAS

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23096945-0	SÉPTIMO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
SEPULVEDA	VENEGAS	GASPAR IGNACIO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
30-07-2009	SANTIAGO	CHILE
Domicilio		Comuna
LUCERNA 0952		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	959215512	GASPIYT1@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
PEDRO	PADRE	999184238
CELINDA	MADRE	89998153
SEBASTIAN	HERMANO/A	954515357
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	DR. WILLIS HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
SI		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
	PEDRO ENRIQUE SEPULVEDA SUAREZ	999184238
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
PIERREAMIE@HOTMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	LUCERNA 0952
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DESABOLLADOR DE AUTOMOVILES	LUCERNA 0952	LUCERNA 0952

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
74389155	CELINDA VENEGAS GUZMAN	89998153
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
UYENI@HOTMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	LUCERNA 0952
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
SECRETARIA	LUCERNA 952	LUCERNA 952

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
PADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
107379274	PEDRO ENRIQUE SEPULVEDA SUAREZ	999184238
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
PIERREAMIE@HOTMAIL.COM	MASCULINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA INCOMPLETA	LUCERNA 0952	DESABOLLADOR DE AUTOMOVILES
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
LUCERNA 0952	LUCERNA 0952	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	EVANGELICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	CELINDA VENEGAS	
Observaciones		
EN OTRAS OCACIONES EL PADRE O	EL HERMANO	

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	NO	
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
NO	NO	
Si padece alguna enfermedad de cuid	lado especial, indique recomendaciones al	Colegio
NO		
Observaciones		
NO		

Firma del Padre o Madre		Firma del Apoderado
Proyecto Educativo Institucional Manual de Convivencia Reglamento Interno Plan de Formación Ciudadana	SI SI SI SI	NO NO NO

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

He leído y acepto los siguientes documentos del establecimiento: