



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Ruth Caceres Reyes	13497297-1	caceresruth178@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23203317-7	SEXTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
SANHUEZA	CÁCERES	MOISÉS JOAQUÍN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
16-12-2009	santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Dalcahue 6766		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino		
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Renato Sanhueza Campos	PADRE	1
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
12734036-6	Renato Sanhueza Campos	
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
natosanhueza@gmail.com	MEDIA COMPLETA	camino las parcelas 12, isla de maipo
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
encuadernador	Gonsa S.A	Apostol santiago 470

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13497297-1	Ruth Caceres Reyes	
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
caceresruth178@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Dalcahue 6766, 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
13497297-1	Ruth Caceres Reyes	0
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
caceresruth178@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Dalcabue 6766	auxiliar de servicio clinico
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
clinica vespucio	serafin zamora 190, la florida	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	evangelica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	Ruth caceres Reyes
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: 16-12-2020 12:23:15

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

