





SANCHEZ TRIANA

# FICHA DE MATRÍCULA

#### **Datos del Solicitante**

Nombre	RUN	Correo Electrónico			
ELIZABETH TRIANA	26913361-9	ELIZATRIAN@GMAIL.COM			

#### **Datos del Estudiante**

RUN	Curso				
26913316-3	SEGUNDO BÁSICO 2021				
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres			
SANCHEZ	TRIANA	GAEL ARAN			
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen			
16-09-2013	CARACAS	VENEZUELA			
Domicilio		Comuna			
ANGAMOS 8253		LA CISTERNA			
Género	Teléfono	Correo Electrónico			
FEMENINO	964915755	ELIZATRIAN@HMAIL.COM			
Teléfonos de contacto y/o urgencias					
Nombre	Parentesco	Número			
GERSON SÁNCHEZ	PADRE	98981158			
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?				
WILLIS HOOVER	VILLIS HOOVER AMBOS PADRES				
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?				
NO	NO				

#### **Datos del Padre**

RUN	Nombre Completo	Teléfono
26622278-5	GERSON SÁNCHEZ PAMPLONA	98981158
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
GERSONSANCH@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	ANGAMOS 8253
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ELECTROMECANICO	ATOM	ANGAMOS 8252

#### **Datos de la Madre**

RUN	Nombre Completo	Teléfono
26913361-9	ELIZABETH TRIANA DUARTE	
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
ELIZATRIQN@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	ANGAMOS 8253
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ENFERMERA	ISM AVANSALUD	SALVADOR 100

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
	NO	

RUN	Nombre Completo	Teléfono
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

## **Datos Adicionales**

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?			
NO				
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido			
OTRO	TÍO JULIÁN TRANSPORTE			
Observaciones				
LO RETIRA TRANSPORTE O EL PAPA O MAMA				

## Ficha Clínica

¿El estudiante tiene seguro de accidente en alguna institución particular?	Nombre de la institución donde tiene seguro Registre teléfono de la institución caso de emergencia					
NO						
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?					
NO						
Si padece alguna enfermedad de cuidad	o especial, indique recomendaciones al C	Colegio				
NO						
Observaciones						

Нe	leid	о у	acepto	los	siguien	tes c	document	tos	del	estab	lecimi	ento:

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

Fecha: 21-12-2020 09:43:15

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna