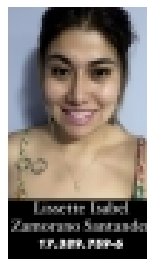
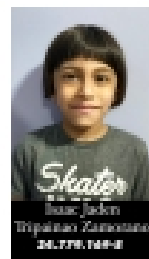




COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna



NICOLAS ALBERTO  
TRIPAINAO



ISAAC JADEN  
TRIPAINAO  
ZAMORANO

## FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24779169-8	SEGUNDO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
TRIPAINAO	ZAMORANO	ISAAC JADEN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
23-10-2014	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
ABRANQUIL		PEDRO AGUIRRE CERDA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	942833313	LZ.SANTANDER89@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
NICOLÁS	PADRE	940428185
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	WILLIS HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
SI		

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
178360132	NICOLAS ALBERTO TRIPAINAO ARIAS	940428185
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
NT.ARIAS91@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	ABRANQUIL
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
PRENSISTA OFSET NIVEL MANDO MEDIO	PAPER DREAMS IMPRESORES	MACUL

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
173897596	LISSETTE ZAMORANO	942833313
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
LZ.SANTANDER89@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	ABRANQUIL
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TALLER FAJADO Y ETIQUETADO	PEDRO AGUIRRE CERDA	ABRANQUIL

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
PADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
173897596	NICOLAS ALBERTO TRIPAINAO	940428185
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
NT.ARIAS91@GMAIL.COM	MASCULINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	ABRANQUIL	PRENSISTA OFSET NIVEL MANDO MEDIO
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
PAPER DREAMS	MACUL	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	CRISTIANO EVANGELICO
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	LISSETTE ZAMORANO	
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
SI		
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
SI		
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
Manual de Convivencia	_____ SI
Reglamento Interno	_____ SI
Plan de Formación Ciudadana	_____ SI

_____ NO
_____ NO
_____ NO
_____ NO

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Madre

\_\_\_\_\_  
Firma del Apoderado

Fecha: 12-12-2021 20:27:24

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna