



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
NAOMI ERAZO	16955520-6	NAOMIERAZOLORCA@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22514186-k	OCTAVO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CARMONA	ERAZO	JULIETA AMANDA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
20-09-2007	SANTIAGO	Chile?
Domicilio		Comuna
SEXTA AVENIDA 1519		San Miguel
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	945673319	NAOMIERAZOLORCA@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
DAVID	PADRE	957081835
LIA	TIO/A	951284191
SARA	TIO/A	988503869
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
WILLIS HOOVER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16713328-2	DAVID ALBERTO CARMONA ARIAS	957081835
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
DCARMONA@GESTIONUNO.CL	SUPERIOR COMPLETA	SEXTA AVENIDA 1519
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
JEFE RRHH	GESTION UNO	ISIDORA GOYENECHEA 250

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16955520-6	NAOMI ERAZO LORCA	945673319
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
NAOMIERAZOLORCA@GMAIL.COM	SUPERIOR INCOMPLETA	SEXTA AVENIDA 1519
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

VENDEDORA	SERVICIO LUCAS DIESEL	PANAMERICANA NORTE 5325 CONCHALI
-----------	-----------------------	-------------------------------------

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
16955520-6	NAOMI ERAZO LORCA	945673319
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
NAOMIERAZOLORCA@GMAIL.VOM	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR INCOMPLETA	SEXTA AVENIDA 1519	VENDEDORA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
SERVICIO LUCAS DIESEL	PANAMERICANA NORTE 5325 CONCHALI	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	CRISTIANA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
ABUELO/A	MARCELA ARIAS
Observaciones	
DE SER PRESENCIAL SERA UN 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
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: 19-12-2020 12:52:24

