

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
CATHERINE DENIS CONCHA VERDUGO	15.773.625-6	LOSPITUFOSSPA@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23657152-1	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ALBORNOZ	CONCHA	GASPAR MOISES
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
30-05-2011	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
EFRAIN LIZAMA #16		EL QUISCO
Género	Teléfono	Correo Electrónico
	957296424	LOSPITUFOSSPA@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ELÍAS ALBORNOZ	PADRE	930643836
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
HERMANOS MATTE	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15.353.968-5	ELÍAS ALBORNOZ	930643836
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
E.ALBORNOZ.BRAVO2020@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	EFRAIN LIZAMA #16 , EL QUISCO
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
PARTICULAR		

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15.773.625-6	CATHERINE DENIS CONCHA VERDUGO	957296424
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
LOSPITUFOSSPA@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	EFRAIN LIZAMA #16 , EL QUISCO
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
PARTICULAR		

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
15.773.625-6	CATHARINE DENIS CONCHA VERDUGO	957296424

Correo Electrónico	Género	Estado Civil
LOSPITUFOSSPA@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	EFRAIN LIZAMA #16 , EL QUISCO	PARTICULAR
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	CATHARINE CONCHA
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: 26-03-2021 11:27:07

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna