



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
LUIS GERARDO CUBEROS PAEZ	26281860-8	paezvirginia4@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
26281860-8	PRIMERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
cuberos	paez	luis gerardo
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
05-06-2014	maracay	Venezuela
Domicilio		Comuna
pasaje ña cisterna numero 75		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	949669409	paezvirginia4@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
virginia paez	MADRE	949669409
heriberto cuberos	PADRE	961732702
yadira noriega	ABUELO/A	937874487
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
25717476k	heriberto jose cuberos rivas	961732702
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
hachece86@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	pasaje la cisterna numero 75
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ingeniero mecanico	san miguel	brigadier de la cruz

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
262818985	virginia del valle paez noriega	949669409
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
paezvirginia4@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	pasaje la cisterna numero 75
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
262818985	virginia paez	949669409
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
paezvirginia4@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	pasaje la cisterna numero 75	administradora
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	catolica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
ABUELO/A	yadira noriega
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: 17-12-2020 22:27:27

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

