



PAZ BELEN
HENRIQUEZ SUAREZ

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
EVELYN SUAREZ	154561374	DAMARIS.56782@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24721655-3	PRIMERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
HENRIQUEZ	SUAREZ	PAZ BELEN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
21-08-2014	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
MARÍA LUISA BOMBAL 8250		LA FLORIDA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	972720993	DAMARIS.56782@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
EVELYN	MADRE	972720993
JUAN	PADRE	986538339
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
WILLIS HOWER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
139411463	JUAN FRANCISCO HENRIQUEZ SANTIBÁÑEZ	986538339
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
ARMAR.ENFIERRADURAS@GMAIL.COM	BÁSICA COMPLETA	MARÍA LUISA BOMBAL 8250
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
SEPULTURERO	CEMENTERIO METROPOLITANO	NO LO SE

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
154561374	EVELYN YAMILET SUAREZ REBOLLEDO	972720993
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
DAMARIS.56782@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	MARÍA LUISA BOMBAL 8250
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ASEO	CEMENTERIO GENERAL	ZAÑARTU

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
154561374	EVELYN YAMILET SUAREZ REBOLLEDO	972720993
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
DAMARIS.56782@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	MARÍA LUISA BOMBAL 8250	ASEO
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
CEMENTERIO GENERAL	ZAÑARTU	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	CRISTIANA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	EVELYN SUAREZ
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: 21-12-2020 10:39:11

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna