



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Febe Varas Plaggess	14.120.298-7	febevar@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23989587-5	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CARRASCO	VARAS	ALONSO EMILIO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
22-06-2012	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Pje. Los Cerezos 8870		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	995390237	febevar@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Febe	MADRE	995390237
Gerardo	PADRE	951693414
Jacob	ABUELO/A	992800925
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
12.342.579-0	Gerardo Esteban Carrasco Pacheco	951693414
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
cym.climatizacion@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	Pje. Los Cerezos 8870
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Téc. aire acondicionado	Santiago	-----

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14.120.298-7	Febe Noemí Varas Plaggess	995390237
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
febevar@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Pje. Los Cerezos 8870
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

contador	-----	-----
----------	-------	-------

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
14.120.298-7	Febe Noemí Varas Plaggess	995390237
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
febevar@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Pje. los Cerezos 8870	contador
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
-----	-----	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	evangelica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	febe Varas
Observaciones	
Al entrar clase avisaremos quienes están autorizados para retirar a nuestros hijos.	

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 16:27:46

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

