



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
carolina moya	18052247-6	carolina.moya.canelo92@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24506530-2	SEGUNDO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Quiñones	Moya	Josué Rubén
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
12-01-2014	santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Pje. 39 6468		Lo Espejo
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	947504995	carolina.moya.canelo92@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
carolina	MADRE	947504995
ruben	PADRE	941058938
pedro	ABUELO/A	94635337
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
17054426-9	ruben isai quiñones salas	941058938
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
rubenquinonessalas89@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	pasaje 39 #6468
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
contador	lureye	vicuña mackenna #1503 (teletrabajo)

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
18052247-6	carolina alejandra moya canelo	947504995
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
carolina.moya.canelo92@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Pasaje 39 #6468
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
18052247-6	Carolina alejandra moya canelo	947504995
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
carolina.moya.canelo92@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	pasaje 39 #6468	-
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
-	-	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	cristiana evangelica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	carolina moya
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: 16-12-2020 11:35:51

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

