

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
LISBETH WISTUBA ESPÍNDOLA	14121709-7	LIZ@PALOMINOSCONSULTORES.CL

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25332028-1	KINDER 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
PALOMINOS	WISTUBA	JOSEFA IVONNE
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
28-03-2016	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
AV. LAS FLORES 1621		PUDAHUEL
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	96410291	DPALOMI@PALOMINOSCONSULTOR ES.CL
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
LISBETH WISTUBA ESPÍNDOLA	MADRE	974958707
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
JARDIN INFANTIL AYUN MONTESORI	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13340673-5	DAVID PALOMINOS	96410291
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
DPALOMI@PALOMINOSCONSULTOR ES.CL	SUPERIOR COMPLETA	AV. LAS FLORES 1621
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ANALISTA PROGRAMADOR	TELEFONICA	PROVIDENCIA 119

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14121709-7	LISBETH WISTUBA ESPÍNDOLA	974958707
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
LIZ@PALOMINOSCONSULTORES.CL	SUPERIOR COMPLETA	AV. LAS FLORES 1621
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
PROFESORA DIFERENCIAL	COLEGIO WILLIS HOOVER	SAN SIMON 0614

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
PADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
13340673-5	DAVID PALOMINOS	96410291
Correo Electrónico	Género	Estado Civil

DPALOMI@PALOMINOSCONSULTOR ES.CL	MASCULINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	AV. LAS FLORES 1621	ANALISTA PROGRAMADOR
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
TELEFONICA	PROVIDENCIA 119	

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	LISBETH WISTUBA ESPÍNDOLA
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 10:58:19

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna