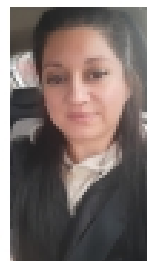




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



ABEL ESTEBAN
TOBAR GALINDO



BENJAMÍN ESTEBAN
TOBAR BARRA

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

| | | |
|--|------------------------|--------------------|
| RUN | Curso | |
| 24183486-7 | CUARTO BÁSICO 2022 | |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres |
| TOBAR | BARRA | BENJAMÍN ESTEBAN |
| Fecha de Nacimiento | Ciudad Nacimiento | País de Origen |
| 04-02-2013 | SANTIAGO | CHILE |
| Domicilio | | Comuna |
| PEDRO AGUIRRE CERDA 0398, DEPTO 310 TORRE C | | LA CISTERNA |
| Género | Teléfono | Correo Electrónico |
| MASCULINO | 974188390 | YOHARAB@GMAIL.COM |
| Teléfonos de contacto y/o urgencias | | |
| Nombre | Parentesco | Número |
| YOHARA BARRA | MADRE | 982972205 |
| MARCELA CASTRO | ABUELO/A | 962329823 |
| | | |
| ¿Con quien vive el niño? | Colegio de Procedencia | ¿Repite curso? |
| AMBOS PADRES | COLEGIO WILLI HOOVER | NO |
| ¿Presenta Necesidades Educativas Especiales? | ¿Cuál? | |
| NO | | |

Datos del Padre

| | | |
|----------------------|----------------------------|--|
| RUN | Nombre Completo | Teléfono |
| 134853611 | ABEL ESTEBAN TOBAR GALINDO | 974188390 |
| Correo Electrónico | Nivel Educacional | Dirección |
| ETOBAR32.G@GMAIL.COM | SUPERIOR INCOMPLETA | PEDRO AGUIRRE CERDA 0398, DEPTO 310 TORRE C |
| Profesión | Lugar de Trabajo | Dirección de Trabajo |
| SOPORTE TECNICO | BRINKS | BELISARIO PRAT 1776, INDEPENDENCIA |

Datos de la Madre

| RUN | Nombre Completo | Teléfono |
|-----------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 164056163 | YOHARA CATHERINE BARRA CASTRO | 982972205 |
| Correo Electrónico | Nivel Educativo | Dirección |
| YOHARAB@GMAIL.COM | SUPERIOR COMPLETA | AV TOME 0691 |
| Profesión | Lugar de Trabajo | Dirección de Trabajo |
| TECNICO EN ENFERMERIA | CENTRO MEDICO Y DE DIALISIS | ESTADOS UNIDOS 8710 LA FLORIDA |

Datos del Apoderado

| Vínculo que lo une al alumno(a) | ¿Vive con el niño? | |
|---------------------------------|--|-----------------|
| PADRE | SI | |
| RUN | Nombre Completo | Teléfono |
| 134853611 | ABEL ESTEBAN TOBAR GALINDO | 974188390 |
| Correo Electrónico | Género | Estado Civil |
| ETOBAR32.G@GMAIL.COM | MASCULINO | CASADO |
| Nivel Educativo | Dirección | Profesión |
| SUPERIOR INCOMPLETA | AV PEDRO AGUIRRE CERDA 0398, DEPTO 310 LA CISTERNA | SOPORTE TECNICO |
| Lugar de Trabajo | Dirección de Trabajo | |
| BRINKS | BELISARIO PRAT 1776, INDEPENDENCIA | |

Datos Adicionales

| | | |
|---|---------------------------|------------|
| ¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión? | Selección religión | ¿Cuál? |
| SI | EVANGÉLICA | EVANGELICA |
| ¿Quién retira a su hijo del Establecimiento? | Indique nombre y apellido | |
| PADRE | ABEL TOBAR | |
| Observaciones | | |
| PUEDE RETIRARLO TRANSPORTE ESCOLAR, U OTRO FAMILIAR SIEMPRE QUE SE INFORME MEDIANTE LA LIBRETA DE COMUNICACIÓN. | | |

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 |
| SI | CLINICA DAVILA | 227308341 |
| ¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial? | ¿Cuál? | |
| SI | ASMA | |
| Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio | | |
| RESPIRATORIA, INALAR CON SALBUTAMOL SOS INDICADO POR SU BRONCOPULMONAR (SE LLEVA CERTIFICADO AL COLEGIO QUE RESPALDE ESTA INDICACION), Y AVISAR AL APODERADO . | | |
| Observaciones | | |
| | | |

He leído y acepto los siguientes documentos del establecimiento:

| | |
|----------------------------------|----------|
| Proyecto Educativo Institucional | _____ SI |
| Manual de Convivencia | _____ SI |
| Reglamento Interno | _____ SI |
| Plan de Formación Ciudadana | _____ SI |

| |
|----------|
| _____ NO |
| _____ NO |
| _____ NO |
| _____ NO |

Firma del Padre o Madre

Firma del Apoderado

Fecha: 14-12-2021 11:46:14

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna