



## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Patricio Ivanovic	12.905.664-9	patricio.ivanovic@gmail.com

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22672306-4	OCTAVO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
IVANOVIC	PAEZ	FRANCO WLADIMIR
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
27-02-2008	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
FERNANDEZ ALBANO 710 DEPTO 108		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	933115824	patricio.ivanovic@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Patricio Ivanovic	PADRE	933115824
Carolina Pavez	MADRE	935880390
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
12.905.664-9	Patricio Ivanovic Olave	933115824
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
patricio.ivanovic@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	Fernandez Albano 710 Dpto108
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Ingeniero	Independiente	Fernandez Albano 710 Dpto108

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13.709.919-5	Carolina Pavez Brito	935880390
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
patricio.ivanovic@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Fernandez Albano 710 Dpto108
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
PADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
12.905.664-9	Patricio Ivanovic Olave	933115824
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
patricio.ivanovic@gmail.com	Masculino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	Fernandez Albano 710 dpto108	Ingeniero
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Independiente	Fernandez Albano 710 dpto108	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Evangelica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
PADRE	Patricio Ivanovic Olave
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		
Es alérgico a la Primavera		
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: 17-12-2020 22:39:55

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna