



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Marcela Avila	14341061-7	m.avilaambul@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23144284-7	SEXTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
LIZAMA	AVILA	FERNANDA CAROLINA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
10-10-2009	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Av. Fernandez Albano 1931		San Ramón
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	967365555	m.avilaambul@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Marcela	MADRE	967365555
Felipe	PADRE	973382150
Enrique	ABUELO/A	961190128
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13257062-0	Felipe Enrique Lizama Sepulveda	973382150
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
flizama@fercotec.cl	SUPERIOR COMPLETA	Av. Fernandez Albano 1931
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Electricista	Dependien	Av. El Parron 0678

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14341061-7	marcela maria	967365555
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
m.avilaambul@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Av. Fernandez Albano 1931
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

dueña de casa		
---------------	--	--

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
14341061-7	Marcela Maria Avila Ambul	967365555
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
m.avilaambul@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Av.Fernandez Albano 1931	sin profesion
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	Marcela Avila
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?	
SI	Asma	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
En Ed. Física usa inalador en caso de ahogo		
Observaciones		
No sobre exigir en los ejercicios.		

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 15:45:00

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

