



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Humberto Carrasco	157435620	hcarrasco05@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23823533-2	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
nuñez	NUÑEZ	tiare
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
16-12-2011	La Cisterna	Chile?
Domicilio		Comuna
LOS ALMENDROS #9276		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	975590964	tnunezt@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
tiare Nuñez	MADRE	975590964
Carmen villa	ABUELO/A	990896033
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Hoover	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	SI	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
157435620	Humberto Carrasco	957889012
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
hcarrasco05@gmail.com	SUPERIOR INCOMPLETA	los almendros 9276
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
independiente	av lo espejo 0973	los almendros 9276

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
157872702	tiare nuñez	975590964
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
tnunezt@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	los almendros 9276
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

dueña de casa	casa	los almendros 9276
---------------	------	--------------------

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
PADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
157435620	Humberto Carrasco	975590964
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
hcarrasco@gmailcom	Masculino	Casado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR INCOMPLETA	los almendros 9276	independiente
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
av lo espejo 0973	los almendros 9276	

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
PADRE	HUMBERTO Carrasco
Observaciones	
la madre también lo retira	

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		975590964
¿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: 18-12-2020 09:40:45

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

