



## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
ABIGAIL ALVAREZ	17908581-K	autoparabrisas@yahoo.com

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24533184-3	SEGUNDO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
LUCO	ÁLVAREZ	ROBERTO JOSUÉ
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
08-02-2014	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
segunda transversal 10480		El Bosque
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	981566915	autoparabrisas@yahoo.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ROBERTO	PADRE	942773115
ABIGAIL	MADRE	981566915
RUTH	ABUELO/A	981593372
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO HOOVER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17671254-6	ROBERTO ANDRES LUCO PIZARRO	942773115
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
autoparabrisas@yahoo.com	MEDIA COMPLETA	segunda transversal 10480
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
administrador	santiago	santa rosa 1601

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17908581-k	Ruth Abigail Alvarez Barrientos	225518804
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
autoparabrisas@yahoo.com	MEDIA COMPLETA	segunda transversal 10480
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
17908581-k	ruth abigail alvarez barrientos	981566915
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
autoparabrisas@yahoo.com	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA INCOMPLETA	segunda transversal 10480	administradora
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
santiago	santa rosa 1601	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Evangelica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	Abigail Alvarez
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	no tiene	981566915
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
NO	ninguna	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
no posee		
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: 16-12-2020 11:54:04

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

