



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Cristina Quero Allende	162682881	caytes.quero@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25173539-5	KINDER 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Gonzalez	Quero	Tomas David
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
05-11-2015	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Eulogio Altamirano 7491		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	87830211	caytes.quero@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Cristina Quero Allende	MADRE	987830211
David Gonzalez Illanes	PADRE	974996663
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Sol Naciente	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
124755166	David Gonzalez Illanes	974996663
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
david.gonill@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	Eulogio Altamirano 7491
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Ingeniero Civil Industrial	Santiago	Santiago

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
162682881	Cristina Quero Allende	987830211
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
caytes.quero@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	Eulogio Altamirano 7491
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
162682881	Cristina Quero Allende	987830211
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
caytes.quero@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	Eulogio Altamirano 7491	Tec. Nivel Superior Enfermería
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Santiago	Santiago	

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	Cristina Quero Allende
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		
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 15:10:39

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

