



## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
macarena torlora	16717058-7	macarenatorlora@gmail.com

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23428039-2	QUINTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
BRIONES	TOLOZA	KATALINA IGNACIA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
21-09-2010	santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
pasaje 65 # 1593 , Santa Adriana		Lo Espejo
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	947861052	macarenatorlora@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
alejandro	PADRE	950409721
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	SI	

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
162779893	alejandro marcelo briones alavarez	950409721
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
alejandro23briones@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	pasaje 65#1593
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
administrador de recursos humanos	Instalaciones Sanitarias W.S	Monseñor Edward, 604

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16717058-7	macarena andrea torlora inostroza	947861052
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
macarenatorlora@gmail.com	MEDIA COMPLETA	pasaje 65 #1593
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
16717058-7	macarena andrea tolorza inostroza	950409721
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
macarenatorlorza@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	pasaje 65# 1593	dueña de casa
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	cristianos
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	macarena tolorza
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: 19-12-2020 17:54:45

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

