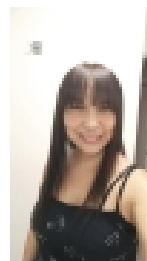




COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna



RUTH XIMENA  
GONZALEZ  
REBOLLEDO



JOSEFA ESTHER DEL  
PINO GONZÁLEZ

## FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23201683-3	SÉPTIMO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
DEL PINO	GONZÁLEZ	JOSEFA ESTHER
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
16-12-2009	CONCEPCION	CHILE
Domicilio		Comuna
TRINIDAD RAMIREZ 1010 DEPTO 808 B		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	964520290	RXIMEGONREBOLLEDO@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
RUTH GONZALEZ	MADRE	964520290
DANIEL GONZALEZ	ABUELO/A	93215270
XIMENA RBOLLEDO	ABUELO/A	99641847
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
SÓLO MADRE	COLEGIO HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
FALLECIO	FALLECIO	0
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
00000000@000	SUPERIOR COMPLETA	9099
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
NNNN	NNNNN	NNNNNN

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14384101- 4	RUTH XIMENA GONZALEZ REBOLLEDO	964520290
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
RXIMEGONEBOLLEDO@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	SAN PEDRO DE LA PAZ
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
EDUCADORA DE PARVULOS	VITAMINA WORK LIFE	LA PARROQUIA 47 LA FLORIDA

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
14384101-4	RUTH XIMENA GONZALEZ REBOLLEDO	964520290
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
RXIMEGONREBOLLEDO@GMAIL.COM	FEMENINO	SEPARADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	TRINIDAD RAMIREZ 1010 DEPTO 808 B	EDUCADOR DE PÁRVULOS
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
VITAMINA LA FLORIDA	LA PARROQUIA 47 LA FLORIDA	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	EVANGÉLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
OTRO	FURGON	
Observaciones		
HABRÁN DIAS QUE SE IRÁ Y VENDRA SOLA		

## 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
Manual de Convivencia	_____ SI
Reglamento Interno	_____ SI
Plan de Formación Ciudadana	_____ SI

_____ NO
_____ NO
_____ NO
_____ NO

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Madre

\_\_\_\_\_  
Firma del Apoderado

Fecha: 14-12-2021 13:41:40

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna