



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



CLAUDIA JIMENA  
CASTILLO GARAY



SIMON AGUSTIN  
ELIZONDO CASTILLO

## FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23377790-0	SEXTO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ELIZONDO	CASTILLO	SIMON AGUSTIN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
18-07-2010	SANTIAGO	CHILE
Domicilio		Comuna
PASAJE COLON 6414		SAN RAMÓN
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	933098188	CASTILLOCGARAY@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CLAUDIA CASTILLO	MADRE	933098188
MAXIMILIANO ELIZONDO	PADRE	952335342
PATRICIA GARAY	ABUELO/A	949744146
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
SÓLO MADRE	DR. WILLIAM HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17952623-9	MAXIMILIANO SIMON ELIZONDO VILLALOBOS	952335342
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
M.ELIZVILLA@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	CARVAJAL 0458 DP 609
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
FACILITADOR	INCADE	MONJITAS 825

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
18277314-K	CLAUDIA JIMENA CASTILLO GARAY	933098188
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
CASTILLOCGARAY@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	PASAJE COLON 6414
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TERAPEUTA OCUPACIONAL	MUNICIPALIDAD LA CISTERNA	PEDRO AGUIRRE CERDA 0101

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
18277314-K	CLAUDIA JIMENA CASTILLO GARAY	933098188
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
CASTILLOCGARAY@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	PASAJE COLON 6414	TERAPEUTA OCUPACIONAL
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
MUNICIPALIDAD LA CISTERNA	PEDRO AGUIRRE CERDA 0101	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	CLAUDIA CASTILLO GARAY	
Observaciones		
SI HUBIERA UNA URGENCIA SOLO LO PUEDE RETIRAR SU MADRE O ABUELOS (VICTOR CASTILLO- PATRICIA GARAY)		

## 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: 15-12-2021 15:33:24

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna