



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



MARÍA JOSÉ SALAS  
ARAYA



JOAQUÍN CRHISTIAN  
HERMOSILLA SALAS

## FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23581032-8	QUINTO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
HERMOSILLA	SALAS	JOAQUÍN CRHISTIAN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
05-03-0011	SANTIAGO	CHILE
Domicilio		Comuna
AV EL PARRON #0681 DON VICTOR 437		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	2147483647	COTE.SALAS.1977@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
MASIEL DE LA FUENTE	TIO/A	56956294338
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
SÓLO MADRE	VILLA EL SOL	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15450544-K	HECTOR HERMOSILLA	13853560772
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
COTE.SALAS.1977@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	USA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
CONSTRUCTOR	USA	USA

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14169619K	MARÍA JOSÉ SALAS ARAYA	2147483647
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
COTE.SALAS.1977@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	AV EL PARRON 0681 DON VÍCTOR 437
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TEC UNIVERSITARIO	FUNDACIÓN INTEGRA	INES RIVAS# 111

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
14169619K	MARÍA JOSÉ SALAS ARAYA	2147483647
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
COTE.SALAS.1977@GMAIL.COM	FEMENINO	DIVORCIADO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	AV EL PARRON#681 DON VICTOR 437	TEC UNIVERSITARIO
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
FUNDACIÓN INTEGRA	INÉS RIVAS #111	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	MORMON	CRISTIANOS
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	MARÍA JOSÉ SALAS ARAYA	
Observaciones		
UN TERCERO CON AUTORIZACIÓN DE LA MADRE		

## 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?	
SI	ESTA EN PROCESO DE EVALUACION	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
JOAQUIN SE EN EVALUACION CON NEUROLOGO Y PSICOLOGO A LA ESPERA DE UN DIAGNOSTICO		
Observaciones		
EN MARZO SE ENTREGARA ORIENTACIONES		

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: 14-12-2021 10:53:40

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna