



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Tania Sthephanie Figueroa Carvajal	17.667017-7	guapas.salon08@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23894294-2	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Carvajal	FIGUEROA	Tania
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
08-03-2012	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Chiapas 7594		Lo Espejo
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	998969579	guapas.salon08@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Tania figueroa	MADRE	998969579
Diego González	PADRE	998969573
Manuel	ABUELO/A	962413547
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Willis hoover	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17925107-8	Diego ricardo gonzalez vasquez	998969573
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
diego.gonzalezkine@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	Las águilas 10999
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Kinesiología	Clínica davila	Calle patronato 344, Recoleta

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17.667017-7	Tania Sthephanie Figueroa Carvajal	998969579
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
guapas.salon08@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Chiapas 7594
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
17.667017-7	Tania Sthephanie Figueroa Carvajal	998969579
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
guapas.salon08@gmail.com	Femenino	Soltero
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Chiapas 7594	Estilista
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Domicilio	Chiapas 7594	

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	Tania figueroa
Observaciones	
En ocasiones también retirara el padre	

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 12:34:21

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

