

# FICHA DE MATRÍCULA

## Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
PRISILA ORTEGA SAINT-ANNE	16.242.975-2	CRISTIANNAVARROLIVE7@GMAIL.COM

## Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24218789-K	TERCERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
NAVARRO	ORTEGA	ELEAZAR JACOB
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
12-03-2013	CHILE	CHILE?
Domicilio		Comuna
YUCATAN 02085 STA OLGA		LO ESPEJO
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	950477680	CRISTIANNAVARROLIVE7@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CRISTIAN NAVARRO	PADRE	978187863
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO CRISTIANO BELÉN	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

## Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15456924- 3	CRISTIAN ALFREDO NAVARRO MARAMBIO	978187863
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
	MEDIA COMPLETA	YUCATAN 02085 STA OLGA LO ESPEJO
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16.242.975-2	PRISILA ORTEGA SAINT-ANNE	950477680
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
CRISTIANNAVARROLIVE7@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	YUCATAN 02085 STA OLGA LO ESPEJO
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
PADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono

15.456.924-3	CRISTIAN ALFREDO NAVARRO MARAMBIO	978187863
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
	MASCULINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	YUCATAN 02085 STA OLGA	ELECTRICISTA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	CRISTIANA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	
Observaciones	
Y 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: 30-07-2021 12:17:08

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna