



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Mical videla	16724538-2	mikal.videla@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24649582-3	PRIMERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Fernández	Videla	Mical
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
11-06-2014	santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Paulina 8511		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	950805510	mikal.videla@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
mical videla rojas	MADRE	950805510
César Fernandez	PADRE	940320003
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Dr Wills. Hoover	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
169137757	César Camilo Fernández Saravia	940320003
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
ccfernandezs@gmail.com	SUPERIOR INCOMPLETA	almirante la torre 10620
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Electricista domiciliario	Iberoamericana Radio Chile	Elidoro yañez 1783

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
167245382	Mical Betsabe Videla rojas	950805510
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
Mikal.videla@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	Paulina 8511
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

tecnico Juridico		
------------------	--	--

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
167245382	Mical Videla rojas	950805510
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
mikal.videla@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	paulina 8511	tecnico juridico
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Cristianos
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	Mical Videla
Observaciones	

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 17:38:04

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

