



FANY DANITZA  
LOAIZA DUARTE



VICTORIA DANITZA  
GONZALEZ LOAIZA

## FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23700396-9	QUINTO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
GONZALEZ	LOAIZA	VICTORIA DANITZA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
23-07-2011	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
MAZATLÁN 7627		LO ESPEJO
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	922062700	GONZALEZLOAIZA.VICTORIA@GMAIL.COM

#### Teléfonos de contacto y/o urgencias

Nombre	Parentesco	Número
BRYAN GONZALEZ	PADRE	989329852
FANY LOAIZA	MADRE	931730861
FANY DUARTE	ABUELO/A	961413051
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	COLEGIO WILLIS HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16276274-5	BRYAN ESTEBAN GONZÁLEZ SANTANA	989329852
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
BRYANGONZALEZ.BFMV@HOTMAIL.ES	MEDIA COMPLETA	MAZATLÁN 7627
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
GASFITER	INDEPENDIENTE	SIN DIRECCION

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16986266-4	FANY DANITZA LOAIZA DUARTE	931730861
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
FANMAXVIC@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	MAZATLÁN 7627
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DUEÑA DE CASA	NO TIENE	SIN DIRECCION

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
16986266-4	FANY DANITZA LOAIZA DUARTE	931730861
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
FANMAXVIC@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	MAZATLÁN 7627	DUEÑA DE CASA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
NO TIENE	SIN DIRECCION	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
NO	NINGUNA	SOLO SOMOS CRISTIANOS
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	FANY LOAIZA	
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	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Manual de Convivencia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Reglamento Interno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Plan de Formación Ciudadana	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

---

Firma del Padre o Madre

---

Firma del Apoderado

Fecha: 10-12-2021 11:46:26

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna