



NINOSKA ROJAS



LUISANA SOFIA  
JIMENEZ ROJAS

## FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
26486740-1	OCTAVO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
JIMENEZ	ROJAS	LUISANA SOFIA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
17-10-2008	BARCELONA	VENEZUELA
Domicilio		Comuna
PAULINA 7022 LA CISTERNA		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	957518186	CAROLINARIVERO2015@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
NINOSKA ROJAS	MADRE	957518186
RAUL MARDONES	PADRE	957503356
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	COLEGIO WILLIS HOOVER K	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
8406372K	RAUL MARDONES	957503356
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
JUANRAULMARDONES@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	PAULINA 7022
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TÉCNICO AUTOMOTRIZ	TALLER MECÁNICO	FERNALDEZ ALBANO 890

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
266088760	NINOSKA ROJAS	957518186
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
CAROLINARIVERO2015@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	PAULINA 7022
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
AMA DE CASA	CASA	PAULINA 7022

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
266088760	NINOSKA ROJAS	957518186
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
CAROLINARIVERO2015@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	PAULINA 7022 LA CISTERNA	AMA DE CASA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
CASA	PAULINA 7022	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?		
SI	EVANGÉLICA	CRISTIANOS EVANGÉLICOS		
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido			
PADRE	RAÚL JUAN MARDONES			
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: 09-12-2021 20:18:42

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna