

# FICHA DE MATRÍCULA

## Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
NATHALIE ALEXANDRA MUÑOZ GÓMEZ	16712830-0	PROFE.CIENCIAS.NATHY@GMAIL.COM

## Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25074494-3	KINDER 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
SILVA	MUÑOZ	SAMANTHA ISABELLA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
16-08-2015	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
AVENIDA FERNÁNDEZ ALBANO 161 DEPTO. 510		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	2147483647	PROFE.CIENCIAS.NATHY@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
NATHALIE MUÑOZ	MADRE	2147483647
BENJAMIN SILVA	PADRE	2147483647
SILVIA GÓMEZ	ABUELO/A	2147483647
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
JARDÍN INFANTIL LOS CASTORCITOS	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

## Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
12122731-2	BENJAMIN ENRIQUE SILVA LÓPEZ	2147483647
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
BENJAMIN@NEXOIT.COM	SUPERIOR COMPLETA	AVENIDA FERNANDEZ ALBANO 161 DEPTO 510
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
INGENIERO COMERCIAL	EMPRESA ESPAÑOLA	AVENIDA NUEVA TAJAMAR 555, LAS CONDES

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16712830-0	NATHALIE ALEXANDRA MUÑOZ GÓMEZ	2147483647
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
PROFE.CIENCIAS.NATHY@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	AVENIDA FERNANDEZ ALBANO 161 DEPTO 510
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
PROFESORA	COLEGIO MUNICIPAL LA FLORIDA, "LO CAÑAS"	AVENIDA LO CAÑAS 3643, LA FLORIDA

## Datos del Apoderado

--	--	--

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
16712830-0	NATHALIE ALEXANDRA MUÑOZ GÓMEZ	2147483647
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
PROFE.CIENCIAS.NATHY@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	AVENIDA FERNANDEZ ALBANO 161 DEPTO 510	PROFESORA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
COLEGIO MUNICIPAL LA FLORIDA, "LO CAÑAS"	AVENIDA LO CAÑAS 3643, LA FLORIDA	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
ABUELO/A	SILVIA GÓMEZ Y HERNÁN MUÑOZ
Observaciones	
EN ESTE CASO, MI HIJA PUEDE SER RETIRADA DEL COLEGIO POR SUS ABUELO MATERNOS, SILVIA GOMEZ BOSS O HERNÁN MUÑOZ PINOCHET, A SU VEZ, SU TÍO MATERNO HERNÁN MUÑOZ GÓMEZ TAMBIÉN ESTA AUTORIZADO A PODER RETIRAR A MI HIJA DEL COLEGIO, PUESTO QUE AMBOS PADRES TRABAJAMOS LEJOS DE CASA Y MIS PADRES Y HERMANO TRABAJAN Y VIVEN CERCA DE NUESTRA CASA Y COLEGIO Y ELLOS SON QUIENES CUIDAN A MIS HIJAS CUANDO ESTAMOS LOS PADRES TRABAJANDO.	

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: 21-12-2020 10:59:01

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna