



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
CYNTHIA LOPEZ REYES	15538019-5	DANIELA.SUPERXD@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24077925-0	TERCERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CAMAÑO	LOPEZ	FRANCISCA DANIELA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
30-09-2012	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
LAS ROSAS 3083		SAN BERNARDO
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	993071374	DANIELA.SUPERXD@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CYNTHIA LOPEZ	MADRE	993071374
VICTOR LOPEZ	ABUELO/A	963089657
JUAN CAMAÑO	PADRE	965005648
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
DR WILLIS HOOVER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14072999-K	JUAN MAURICIO CAMAÑO GARCES	965005648
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
JUAN.MASTER@HOTMAIL.ES	MEDIA COMPLETA	LAS ROSAS 3083
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
JEFE DE COCINA	ARAMARK	AVENIDA DEL CONDOR 760

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15538019-5	CYNTHIA DANIELA LOPEZ REYES	993071374
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
DANIELA.SUPERXD@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	LAS ROSAS 3083
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
COMERCIANTE	FERIAS	AVENIDA EL PARRON 0444

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
15538019-5	CYNTHIA DANIELA LOPEZ REYES	93071374
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
DANIELA.SUPERXD@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión

MEDIA COMPLETA	LAS ROSAS 3083	COMERCIANTE
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
FERIAS	AVENIDA EL PARRON 0444	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	CRISTIANA EVANGELICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
ABUELO/A	VICTOR LOPEZ DIAZ
Observaciones	
GENERALMENTE SU ABUELO LA RETIRA DEL ESTABLECIMIENTO , EN ALGUNAS OCACIONES LA APODERADA .	

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	NO TIENE	993071374
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
NO	NADA	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
NO PADECE ENFERMEDAD.		
Observaciones		
NO HAY 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 09:56:17

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna