



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Giannina Sepulveda	17485364-9	giannina.sepulveda.lopez@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23417061-9	QUINTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ZARATE	SEPULVEDA	SOFIA EMILIA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
04-09-2010	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Adolfo lopez mateo 02534		Lo Espejo
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	930308142	giannina.sepulveda.lopez@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
gonzalo	PADRE	968453254
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
colegio willis hoover	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17485364-9	Giannina Sepulveda Lopez	930308142
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
giannina.sepulveda.lopez@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Adolfo López Mateo 02435
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
17485364-9	Giannina sepulveda lopez	930308142
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
giannina.sepulveda.lopez@gmail.com	Femenino	Soltero
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Adolfo lopez mateo 02534	Contador cíclico
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Logística Falabella	Av. lo espejo 3200	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
OTRO	furgón escolar
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: 15-12-2020 22:05:36

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

