



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Armandina Tello Melgarejo	22538207-7	dinitaziva@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23032745-9	SEXTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
DELGADO	TELLO	JAVIERA EMILY
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
31-05-2009	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Las torcazas 10976		La Pintana
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	56931195565	dinitaziva@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Carlos	PADRE	56983071930
Alicia	TIO/A	56964983113
Dina	TIO/A	56993008723
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Colegio hoover comuna la cisterna	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
21979238-7	Pompeyo Carlos delgado Obregón	56983071930
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
pompeodelgado1983@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Las torcazas 10976
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Obrero	Cesante	Casa

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
22538207-7	Armandina Tello Melgarejo	56931195565
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
dinitaziva@gmail.com	MEDIA INCOMPLETA	Las Torcazas 10976
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Dueña de casa	Casa	Casa
---------------	------	------

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
22538207-7	Armandina Tello Melgarejo	56931195565
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
dinitaziva@gmail.com	Femenino	Soltero
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA INCOMPLETA	Las Torcazas 10976	Dueña de casa
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Dueña de casa	Casa	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	Ebanjelio
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	Armandina Tello Melgarejo
Observaciones	
Sanó	

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	Ospital público	
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
NO	Ospital público	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
Sanó		
Observaciones		
Niña sana		

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: 18-12-2020 13:57:19

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

