







TOMAS DAVID GONZALEZ QUERO

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
CRISTINA QUERO ALLENDE	162682881	CAYTES.QUERO@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25173539-5	KINDER 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
GONZALEZ	QUERO	TOMAS DAVID
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
05-11-2015	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
EULOGIO ALTAMIRANO 7491		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	87830211	CAYTES.QUERO@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CRISTINA QUERO ALLENDE	MADRE	987830211
DAVID GONZALEZ ILLANES	PADRE	974996663
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
SOL NACIENTE	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
124755166	DAVID GONZALEZ ILLANES	974996663
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
DAVID.GONILL@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	EULOGIO ALTAMIRANO 7491
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
INGENIERO CIVIL INDUSTRIAL	SANTIAGO	SANTIAGO

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
162682881	CRISTINA QUERO ALLENDE	987830211
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
CAYTES.QUERO@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	EULOGIO ALTAMIRANO 7491
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TEC. NIVEL SUPERIOR ENFERMERIA	SANTIAGO	SANTIAGO

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	

RUN	Nombre Completo	Teléfono
162682881	CRISTINA QUERO ALLENDE	987830211
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
CAYTES.QUERO@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	EULOGIO ALTAMIRANO 7491	TEC. NIVEL SUPERIOR ENFERMERIA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
SANTIAGO	SANTIAGO	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGELICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	CRISTINA QUERO ALLENDE
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 cuid	ado especial, indique recomendaciones al	Colegio
Observaciones		
He leído y acepto los siguientes docum	pentos del establecimiento:	
le leido y acepto los siguientes docum	ientos dei establecimiento.	
Proyecto Educativo Institucional	SI	NO

NO

NO

NO

Firma del Apoderado

_ _ SI

SI

SI

Fecha: 21-12-2020 10:57:15

Plan de Formación Ciudadana

Manual de Convivencia

Reglamento Interno

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

Firma del Padre o Madre