



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
daniel Muñoz	10487312-k	eydes.anillados@hotmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23098064-0	SEXTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
MUÑOZ	PEREZ	DERRICK EMILIANO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
07-08-2009	santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
yucatan 02044		Lo Espejo
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	989531039	eydes.anillados@hotmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
daniel Muñoz	PADRE	989531039
pamela perez	PADRE	225222509
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
willis hoover	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
10487312-k	daniel andres Muñoz aguilara	989531039
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
eydes.anillados@hotmail.com	MEDIA COMPLETA	yucatan, 02044
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
grafico	domicilio	yucatan

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13492715-1	pamela ester perez lopez	945237731
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
eydes.anillados@hotmail.com	MEDIA COMPLETA	yucatan, 02044
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
13492715-1	pamela ester perez lopez	945237731
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
eydes.anillados@hotmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	yucatan, 02044	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
domicilio	yucatan	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
PADRE	daniel muñoz
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		989531039
¿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: 19-12-2020 13:48:04

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

