



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Elizabeth	19186049-7	elizabeth.nicolebeth@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24512430-9	SEGUNDO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Varas	Velasquez	Agustina antonia
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
15-01-2014	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Tampico 7987		Lo Espejo
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	948662934	elizabeth.nicolebeth@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Elizabeth velasquez	MADRE	948662934
Loreto perez	ABUELO/A	982743381
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
La cisterna	SÓLO MADRE	
¿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
19186049-7	Elizabeth velasquez perez	948662934
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
elizabeth.nicolebeth@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Tampico 7987
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
19186049-7	Elizabeth velasquez Pérez	948662934
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
elizabeth.nicolebeth@gmail.com	Femenino	Soltero
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Tampico 7987	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Cristiana
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	Elizabeth velasquez
Observaciones	
En caso de no Poder acudir al establecimiento por retiro. Lo ara mi madre Loreto Pérez yañez abuela materna de la estudiante	

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 12:27:32

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

