



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
MIRNA ARCE	16.682.305-6	MIAU_2@HOTMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25087897-4	KINDER 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
VÁSQUEZ	ARCE	LUIS DANIEL
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
26-08-2015	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
SAN PEDRO 9113		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	996985184	MIAU_2@HOTMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
LUIS VÁSQUEZ	PADRE	996985184
SILVIA GARRIDO	ABUELO/A	959163088
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO ROSA MARCHMANN	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15.890.707-0	LUIS ORLANDO VÁSQUEZ ROMERO	996985184
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
	SUPERIOR COMPLETA	SAN PEDRO 9113.LA CISTERNA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
PERIODISTA	PODER JUDICIAL	AV PEDRO MONTT 1606.SANTIAGO CENTRO

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16.682.305-6	MIRNA LORENA ARCE GARRIDO	996985184
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
MIAU_2@HOTMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DUEÑA DE CASA		

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
16.682.305-6	MIRNA LORENA ARCE GARRIDO	996985184
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
MIAU_2@HOTMAIL.COM	FEMENINO	CASADO

Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	SAN PEDRO 9113.LA CIATERNA	DUEÑA DE CASA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	MIRNA ARCE
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: 22-12-2020 11:27:09

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna