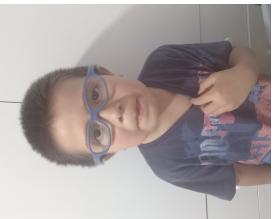


TIARE NUÑEZ



BENJAMIN  
CARRASCO NUÑEZ

## FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24980337-5	PRIMERO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CARRASCO	NUÑEZ	BENJAMIN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
18-05-2015	LA CISTERNA	CHILE?
Domicilio		Comuna
LOS ALMENDROS 9276		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	975590964	TNUNEZT@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
TIARE	MADRE	975590964
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	REPUBLICA ALEMANA	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
157435620	HUMBERTO CARRASCO	957889012
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
HCARRASCO05@GMAIL.COM	SUPERIOR INCOMPLETA	LOS ALMENDROS 9276
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
INDEPENDIENTE	AV LO ESPEJO 0973	LOS ALMENDROS 9276

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
157872702	TIARE NUÑEZ	975590964
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
TNUNEZT@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	LOS ALMENDROS 9276
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DUEÑA DE CASA	CASA	LOS ALMENDROS 9276

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
15787270-2	TIARE NUÑEZ	975590964
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
TNUNEZT@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	LOS ALMENDROS 9276	DUEÑA DE CASA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
CASA	LOS ALMENDROS 9276	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?		
SI	EVANGÉLICA	CRISTINA EVANGELICA		
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido			
MADRE	TIARE NUÑEZ			
Observaciones				
PADRE TAMBIÉN PUEDE RETIRAR AL NIÑO				

## 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		975590964		
¿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	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Manual de Convivencia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Reglamento Interno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Plan de Formación Ciudadana	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

---

Firma del Padre o Madre

---

Firma del Apoderado

Fecha: 09-12-2021 18:08:36

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna