

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
ALISSON	19385841-4	ALISSONMOYA.@GAMIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25065623-8	KINDER 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
AROS	MOYA	THOMAS ANIBAL
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
05-08-2015	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
FLORIDA 6790		SAN RAMÓN
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	992977590	ALISSONMOYA.@GAMIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
MARCOS AROS	PADRE	930559406
ALICIA LOPEZ	ABUELO/A	972328136
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
ESCUELA ARCA DE LOS NIÑOS	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17664841-4	MARCO ANDRÉS AROS CAMPOS	930559406
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
	MEDIA COMPLETA	FLORIDA 6790
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
CHOFER	SODIMAC	ALVEAR 7265,SAN RAMON

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
19.385841-4	ALISSON CAROLINA MOYA LOPEZ	992977590
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
ALISSONMOYA.@GAMIL.COM	MEDIA COMPLETA	FLORIDA 6790,SAN RAMÓN
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
19385841-4	ALISSON CAROLINA MOYA LÓPEZ	992977590
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
ALISSONMOYA.@GAMIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión

MEDIA COMPLETA	FLORIDA 6790,SAN RAMÓN	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
OTRO	MADRE, PAPÁ, ABUELO(ANÍBAL MOYA) Y FURGÓN
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 10:39:17

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna