



COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna

## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
erick salas	17278673-1	ericksalas.r@hotmail.com

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23819134-3	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
SALAS	ZAVALA	MAXIMILIANO ANTONIO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
10-12-2011	santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
AV LINCONL 2516		Lo Espejo
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	948865462	
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
erick salas	PADRE	948865462
jocelyn zavalá	MADRE	995059763
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17278673-1	erick antonio salas ramirez	948865462
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
ericksalas.r@hotmail.com	MEDIA COMPLETA	av lincoln 2516
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
18053857- 7	JOCELYN ESTEFANIA ZAVALA HORTA	
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
	MEDIA COMPLETA	AV LINCONL 2516 Lo Espejo

Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
PADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
172786731	erick antonio salas ramirez	948685462
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
ericksalas.r@hotmail.com	Masculino	Soltero
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	av lincoln 2516	
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
PADRE	erick salas ramirez
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: 19-12-2020 14:29:17

