



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

## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
EVA	24652563-3	KARENBERMEDO@GMAIL.COM

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24652563-3	PRIMERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
BERMEDO	DIAZ	EVA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
	SANTIAGO	Chile?
Domicilio	Comuna	
PJE DON CRISTOBAL 8373	La Cisterna	
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	951682245	KARENBERMEDO@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
KAREN	MADRE	951682245
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO HOOVER	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16243617-1	KAREN DIAZ SANCHEZ	951682245
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
KARENBERMEDO@GMAIL.COM	NINGUNO	PJE DON CRISTOBAL 8373
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
162436171	KAREN DIAZ SANCHEZ	951682245
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
KARENBERMEDO@GMAIL.COM	Femenino	Soltero
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
NINGUNO	PJE DON CRISTOBAL 8373, LA CISTERNA	TEC EN TURISMO
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
CORP. STGO INNOVA	Av. Manuel Rodríguez Sur 749	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	MADRE KAREN DIAZ O ABUELA ASCANIA CORTES.
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: 15-12-2020 10:06:51

