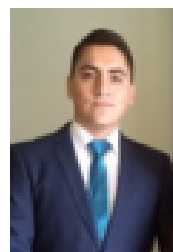




COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna



KEILA DE LA O  
ROCHA



ABIGAIL DANAE  
VÁSQUEZ ALARCÓN

## FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24053140-2	CUARTO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
VÁSQUEZ	ALARCÓN	ABIGAIL DANAE
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
29-08-2012	SANTIAGO	CHILE
Domicilio		Comuna
VICTORIA 8420		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	959241171	KEILA.DELAO.20@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
MAXIMILIANO	PADRE	959305163
KEILA	OTRO	959241171
MARIA	ABUELO/A	975755209
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
SÓLO PADRE	ROSA MARCKMMAN	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
184418215	MAXIMILIANO VÁSQUEZ ROMERO	959305163
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
MAXIMILIANO.VASQUEZ17@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	VICTORIA 8420
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TÉCNICO JURÍDICO	INMOBILIARIA SOCOVESA	ELIODORO YAÑEZ 2962, SANTIAGO, PROVIDENCIA, REGIÓN METROPOLITANA

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
185143058	DEBORA DANA E ALARCÓN	0
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
KEILA.DELAO.20@GMAIL.COM	SUPERIOR INCOMPLETA	VILLARRICA, ARAUCANÍA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DESCONOCIDA	DESCONOCIDO	DESCONOCIDO

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
OTRO	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
197304405	KEILA DE LA O ROCHA	959241171
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
KEILA.DELAO.20@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR INCOMPLETA	VICTORIA 8420	TÉCNICO ENFERMERÍA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
ACTUALMENTE DUEÑA DE CASA	VICTORIA 8420	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
OTRO	KEILA DE LA O ROCHA	
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
Manual de Convivencia	_____ SI
Reglamento Interno	_____ SI
Plan de Formación Ciudadana	_____ SI

_____ NO
_____ NO
_____ NO
_____ NO

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Madre

\_\_\_\_\_  
Firma del Apoderado

Fecha: 07-10-2022 08:41:11

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna