



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
dina encina	16074872-9	dina.deovalle@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23686185-6	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
OVALLE	ENCINA	JONATAN JACOB
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
07-07-2011	santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
AVILA INTERIOR 12125		El Bosque
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	952090286	dina.deovalle@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
dina	MADRE	98320497
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
17108703-1	bastian ovalle maulen	952090286
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
b.ovalle.m13@gmail.com	MEDIA COMPLETA	avila interior 12125-E
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
trabajador publico	fuerza aérea de chile	cerrillo

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16074872-9	dina encina	98320497
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
dina.deovalle@gmail.com	MEDIA INCOMPLETA	avila interior 12125-E
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

dueña de casa		
---------------	--	--

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
16074872-9	dina encina illanes	98320497
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
dinadeo valle@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA INCOMPLETA	avila interior 12125-E	dueña de casa
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	evangelica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	dina encina
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 20:19:03

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

