



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Johana Garcia Gajardo	15384711-8	johanagar@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24338550-4	SEGUNDO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ALVAREZ	GARCIA	TOMAS ALONSO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
22-07-2013	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
cuarta avenida 1250 Depto 403		San Miguel
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	56966198060	johanagar@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Johana Garcia	MADRE	966198060
Ivan Alvarez	PADRE	944763427
Solange Garcia	TIO/A	939082685
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Colegio Hoover	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
131214987	IVAN ALEJANDRO ALVAREZ AGUILAR	944763427
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
ivanalvarezaguila@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	cuarta avenida 1250 depto 403
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Abogado	Carabineros de Chile	Amunategui 519

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
153847118	JOHANA KARINA GARCIA GAJARO	966198060
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
johanagar@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	cuarta avenida 1250 depto 403

Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Ingeniero Administración de Negocios	IACC	Salvador 1318, Providencia

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
15384711-8	JOHANA KARINA GARCIA GAJARDO	966198060
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
johanagar@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	cuarta avenida 1250 depto 403	Ingeniero Administración de Negocios
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
IACC	Salvador 1318, Providencia	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	evangelica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
OTRO	Furgon Escolar Tio Sebastian
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 12:39:54

