

# FICHA DE MATRÍCULA

## Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
AIDA TOLEDO	11656746-6	MI.CORREO15@HOTMAIL.COM

## Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23649761-5	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
GUAJARDO	TOLEDO	ANTONIA PAZ EMILIA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
22-05-2011	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
JORGE CÁCERES 283		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	994638185	MI.CORREO15@HOTMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
AIDA TOLEDO	MADRE	994638185
PATRICIO GUAJARDO	PADRE	990822887
ALICIA VALENCIA	ABUELO/A	940424610
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
11227973-3	PATRICIO LEOPOLDO GUAJARDO MORALES	990822887
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
PAGUA68@HOTMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	JORGE CÁCERES 283
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ADMINISTRATIVO	DOMICILIO	DOMICILIO

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
11656746-6	AIDA CINTHYA TOLEDO VALENCIA	994638185
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
MI.CORREO15@HOTMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	JORGE CÁCERES 283
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
PROFESORA	COLEGIO PALESTINO	AVENIDA EL PARRÓN 498

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
11656746-6	AIDA CINTHYA TOLEDO VALENCIA	994638185
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
MI.CORREO15@HOTMAIL.COM	FEMENINO	CASADO

Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	JORGE CÁCERES 283	PROFESORA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
COLEGIO PALESTINO	AVENIDA EL PARRÓN 498	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	CRISTIANA EVANGÉLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
OTRO	TRANSPORTE ESCOLAR
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: 22-12-2020 09:22:45

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna