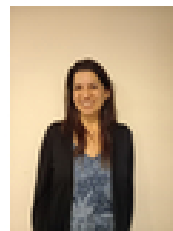
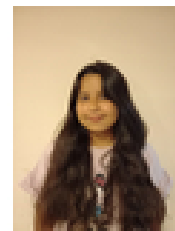




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



MARCELA
ESCAMILLA
BARRERA



AMANDA ALARCON
ESCAMILLA

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23504754-3	SEXTO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ALARCON	ESCAMILLA	AMANDA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
28-11-2010	SANTIAGO	CHILE
Domicilio	Comuna	
SALESIANOS 1960	PEDRO AGUIRRE CERDA	
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	-984090461	CONTABILIDAD.M.ESC@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
MARCELA ESCAMILLA	MADRE	984090461
JOSUE ALARCON	PADRE	92993417
MATIAS ALARCON	HERMANO/A	984096924
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
9900825-3	JOSUE ALARCON HUERTA	92993417
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
JOSUEALARCON@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	SALESIANOS 1960, PAC
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
EMPRESARIO	TRANSPORTES RADIOVAN LTDA	DEPARTAMENTAL 2045, PAC

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
134522844	MARCELA ESCAMILLA BARRERA	984090461
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
CONTABILIDAD.M.ESC@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	SALESIANOS 1960, PAC
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
CONTADOR AUDITOR	TRANSPORTES RADIOVAN LTDA	DEPARTAMENTAL 2045, PAC

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
13452284-4	MARCELA ESCAMILLA BARRERA	984090461
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
CONTABILIDAD.M.ESC@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	SALESIANOS 1960, PAC	CONTADOR AUDITOR
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
TRANSPORTES RADIOVAN LTDA	DEPARTAMENTAL 2045, PAC	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	CRISTIANA EVANGELICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	MARCELA ESCAMILLA BARRERA	
Observaciones		
GENERALMENTE LA MADRE, TAMBIEN PUEDE SER EL PADRE O HERMANO MAYOR MATIAS, Y EN CASOS ESCEPCIONALES ALGUN OTRO FAMILIAR O PERSONA SOLO BAJO MI AUTORIZACION.		

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: 16-12-2021 00:59:56

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna