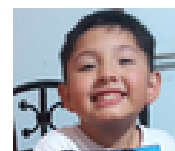
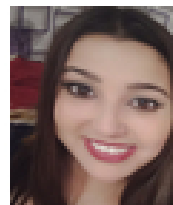




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



JOSELIN ALEJANDRA VARGAS ALDAY BASTIÁN RAFAEL
MELILLANCA VARGAS

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24509182-6	TERCERO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
MELILLANCA	VARGAS	BASTIÁN RAFAEL
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
15-12-2013	PUNTA ARENAS	CHILE
Domicilio		Comuna
SAN SIMÓN 814		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	966817949	JOSELINVARGAS60@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
JOSELIN	MADRE	966817949
LEONARDO	PADRE	965268102
ELIZABETH	ABUELO/A	
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	ESCUELA ESPAÑA, PUNTA ARENAS	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17.668.767-3	LEONARDO RODRIGO CARRASCO SANHUEZA	965268102
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
JOSELINVARGAS60@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	SAN SIMÓN 814
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
PEONETA	BODEGAS	MANUEL FISCHMAN

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
185518213	JOSELIN ALEJANDRA VARGAS ALDAY	966817949
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
JOSELINVARGAS60@GMAIL.COM	SUPERIOR INCOMPLETA	SAN SIMÓN 814
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DUEÑA DE CASA	CASA	SAN SIMÓN

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
18.551.851-3	JOSELIN ALEJANDRA VARGAS ALDAY	966817949
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
JOSELINVARGAS60@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR INCOMPLETA	SAN SIMÓN 814	DUEÑA DE CASA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
CASA	SAN SIMÓN	

Datos Adicionales

¿ Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
NO	EVANGÉLICA	
¿ Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	JOSELIN VARGAS	
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: 20-12-2021 18:49:25

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna