



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Myriam Marín	11642804-0	mymarinl@hotmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22451884-6	OCTAVO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
JORQUERA	MARÍN	JOAQUIN IGNACIO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
21-07-2007	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
AMERICO VESPUCIO 0484		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	978430848	mymarinl@hotmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
978430848		978950326
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
11440985-5	Mario Jorquera Barros	978950326
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
mjb@hotmail.com	MEDIA COMPLETA	Vespucio sur 0484
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
	Vespucio sur 0484	vespucio sur 0484

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
11642804-0	Myriam Marín	978430848
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
mymarinl@hotmail.com	MEDIA COMPLETA	Vespucio sur 0484
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

comerciante

Vespucio sur 0484

Vespucio sur 0484

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
11642804-0	Myriam Marin	978430848
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
mymarini@hotmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Vespucio sur 0484	comerciante
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Vespucio sur 0484	Vespucio Sur 0484	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Evangélica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
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: 19-12-2020 15:10:51

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

