



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Angelina	157629840	familiacampos0659@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22646436-0	OCTAVO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CAMPOS	FLORES	GABRIEL BENJAMÍN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
15-02-2008	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Zurich Norte 0659		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	56945673471	familiacampos0659@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Angelina	MADRE	945673471
Germán	PADRE	85836088
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
105495455	Germán	85836088
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
	MEDIA COMPLETA	Zurich Norte 659
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Mecánico	Polpaico	

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
157629840	Angelina Flores Hidalgo	945673471
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
famimiacampos0659@gmail.com	MEDIA INCOMPLETA	Zurich Norte 659
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Dueña de casa		
---------------	--	--

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
157629840	Angelina Flores	945673471
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
familiacampos0659@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Zurich Norte 659	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	Cristiana
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	Flores Hidalgo
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 18:26:43

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

