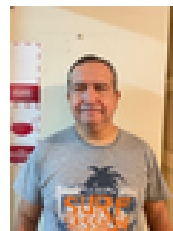
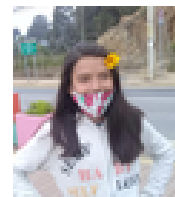




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



CINTHYA GONZALEZ
CORREA



GENESIS BELEN
OSSA GONZALEZ

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22778221-8	OCTAVO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
OSSA	GONZALEZ	GENESIS BELEN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
25-07-2008	SANTIAGO	CHILE
Domicilio		Comuna
SAN RAFAEL N°6975		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	989665677	COLEGIO@COLEGIOHOOVER.CL
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
DAVID OSSA	PADRE	987773394
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	COLEGIO HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
12658244-7	DAVID OSSA MEZA	987773394
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
COLEGIO@COLEGIOHOOVER.CL	MEDIA COMPLETA	SAN RAFAEL 6975
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
AYUDANTE BODEGA	BODEGAS PUDAHUEL	PUDAHUEL

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14195062-2	CINTHYA GONZALEZ CORREA	989665677
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
COLEGIO@COLEGIOHOOVER.CL	MEDIA COMPLETA	SAN RAFAEL 6975
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DUEÑA DE CASA	CASA	SAN RAFAEL 6975

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
14195062-2	CINTHYA GONZALEZ CORREA	989665677
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
COLEGIO@COLEGIOHOOVER.CL	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	SAN RAFAEL 6975	DUEÑA DE CASA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
CASA	SAN RAFAEL 6975	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	EVANGÉLICA PENTECOSTAL
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	CINTHYA GONZALEZ CORREA	
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: 17-12-2021 10:59:23

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna