



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
JEIMYS LUISANY MACHADO DE NICOLAZ	25623882-9	JEIMYSLUISANY@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25667361-4	SEGUNDO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
NICOLAZ	MACHADO	VALERIA VALENTINA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
13-09-2013	MARACAY	VENEZUELA
Domicilio		Comuna
BRISAS DEL MAIPO 446 DPTO 403		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	946914752	JEIMYSLUISANY@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
NELSON NICOLAZ	PADRE	972616274
JEIMYS MACHADO	MADRE	946914752
MIGDALIA GOMEZ	ABUELO/A	989362108
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
WILL HOOVER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
25623009-7	NELSON ENRIQUE NICOLAZ GAMBOA	972616274
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
NICOLAZGAMBOA77@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	BRISAS DEL MAIPO 446
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ABOGADO		

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
25623882-9	JEIMYS LUISANY MACHADO DE NICOLAZ	946914752
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
JEIMYSLUISANY@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	BRISAS DEL MAIPO 446
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
CONTADOR	GESMA LTDA	LOS GRANADOS 445

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
25623882-9	JEIMYS LUISANY MACHADO DE NICOLAZ	946914752

Correo Electrónico	Género	Estado Civil
JEIMYSLUISANY@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	BRISAS DEL MAIPO 446	CONTADORA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
GESMA LTDA	LOS GRANADOS 445	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	CRISTIANA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
OTRO	ANA MARIA CERDA
Observaciones	
REALIZA TRANSPORTE EN EL COLEGIO	

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: 21-12-2020 09:41:54

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna