



## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
RUTH ALVAREZ BARRIENTOS	17908581-K	AUTOPARABRISAS@YAHOO.COM

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25305629-0	KINDER 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
LUCO	ALVAREZ	ANDRÉS ISAÍAS
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
04-03-2016	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
SEGUNDA TRANSVERSAL 10480		EL BOSQUE
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	981566915	AUTOPARABRISAS@YAHOO.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
RUTH BARRIENTOS	ABUELO/A	981593372
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
JARDÍN SWEET	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17671254-6	ROBERTO ANDRÉS LUCO PIZARRO	942773115
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
AUTOPARABRISAS@YAHOO.COM	MEDIA COMPLETA	SEGUNDA TRANSVERSAL 10480
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ADMINISTRADOR	EMPRESA DE PARABRISAS	SANTA ROSA 1601, SANTIAGO

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17908581-K	RUTH ALVAREZ BARRIENTOS	981566915
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
AUTOPARABRISAS@YAHOO.COM	MEDIA COMPLETA	SEGUNDA TRANSVERSAL 10480
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ADMINISTRADORA	EMPRESA DE PARABRISAS	SANTA ROSA 1601, SANTIAGO

### Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
17908581-K	RUTH ALVAREZ BARRIENTOS	981566915
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
AUTOPARABRISAS@YAHOO.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión

MEDIA COMPLETA	SEGUNDA TRANSVERSAL 10480	ADMINISTRADORA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
EMPRESA DE PARABRISAS	SANTA ROSA 1601, SANTIAGO	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	RUTH ALVAREZ BARRIENTOS
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: 22-12-2020 10:33:25

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna