



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Damaris Garay Totin	17053166-3	damaritha777@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24918695-3	PRIMERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Barraza	Aguilar	Monserrat del carmen Raquel
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
03-03-2015	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Pasaje 62 #6701		Lo Espejo
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	972847291	barrazamonserrat123@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Damaris	MADRE	972847291
Cesar	PADRE	973041254
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Colegio dr. willis hoover K.	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16715685-1	Cesar Antonio Torres Aguilar	973041254
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
77ct.transoriente@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Pasaje 62 #6701
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Electricista	EBCO	cerrillos

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17053166-3	Damaris Ester Garay Totin	972847291
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
damaritha777@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Pasaje 62 #6701
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
17053166-3	Damaris Ester Garay Totin	972847291
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
damaritha777@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Pasaje 62 #6701	Tec. En parvulos
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Jardin Parque las Américas	Av lo ovalle 3901	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	Damaris Garay
Observaciones	
Puede ser papá o furgon también.	

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?	
SI	Crónico respiratorio	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
Solo abrigo adecuado a la temporada		
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: 15-12-2020 00:36:51

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

