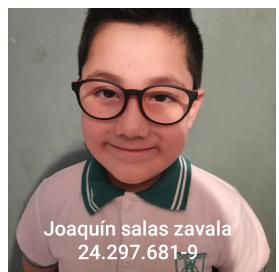




jocelyn zavala horta
18.053.857-7

JOCELYN ZAVALA
HORTA



Joaquín salas zavala
24.297.681-9

JOAQUÍN ANDRÉS
SALAS ZAVALA

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
ERICK SALAS RAMIREZ	17278673-1	ERICKSALAS.R@HOTMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24297681-9	SEGUNDO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
SALAS	ZAVALA	JOAQUÍN ANDRÉS
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
03-06-2013	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
AV LINCOLN 2516		LO ESPEJO
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	948864862	ERICKSALAS.R@HOTMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ERICK SALAS	PADRE	948865462
JOCELYN ZAVALA	MADRE	995059763
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
17278673-1	ERICK SALAS RAMIREZ	948685462
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
ERICKSALAS.R@HOTMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	AV LICOLN 2516
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
18053857-7	JOCELYN ZAVALA HORTA	
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
	MEDIA COMPLETA	AV LINCOLN 2516
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
18053857-7	JOCELYN ZAVALA HORTA	995059763
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	AV LINCOLN 2516	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
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	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Manual de Convivencia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Reglamento Interno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Plan de Formación Ciudadana	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

_____ Firma del Padre o Madre

_____ Firma del Apoderado

Fecha: 21-12-2020 09:42:52

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna