

# FICHA DE MATRÍCULA

## Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
JUDITH MARCELA TENORIO VALLEJOS	12.047.302-6	MATENORIO3@GMAIL.COM

## Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23663376-4	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
POBLETE	TENORIO	DAMARIS ANAIS
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
08-06-2011	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
SAN GERARDO #815		RECOLETA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	985678326	MATENORIO3@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
JUDITH TENORIO	MADRE	985678326
JUANA VALLEGOS	ABUELO/A	966884548
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
BÁSICA ÁLVARO COVARRUBIAS	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

## Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
12.047.302-6	JUDITH MARCELA TENORIO VALLEJOS	985678326
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
MATENORIO3@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	SAN GERARDO #815, RECOLETA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
EDUCADORA DE PÁRVULO	CORPORACIÓN EDUCACIÓN RENCA	LAS MARGARITAS 2470 RENCA

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
12.047.302-6	JUDITH MARCELA TENORIO VALLEJOS	985678326

Correo Electrónico	Género	Estado Civil
MATENORIO3@GMAIL.COM	FEMENINO	SEPARADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	SAN GERARDO #815, RECOLETA	EDUCADORA DE PÁRVULO
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
CORPORACIÓN EDUCACIÓN RENCA	LAS MARGARITAS 2470 RENCA	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
HERMANO/A	BERNARDO BUSHUK (HERMANO)
Observaciones	
TAMBIÉN LO PUEDE RETIRAR SU TÍO ISAAC TENORIO ( MATERNO)	

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: 01-03-2021 12:54:44

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna