



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Rita Sandoval Pinto	13882364-4	ritasandovalpinto@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24043010-k	TERCERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
SANTANDER	SANDOVAL	SANTIAGO DANIEL
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
21-08-2012	SANTIAGO	Chile?
Domicilio		Comuna
PASAJE PINOT 1247- VALLE DEL SOL		Padre Hurtado
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	948105704	
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
RITA SANDOVAL	MADRE	948105704
CRISTIAN SANTANDER	PADRE	954106316
GLORIA PINTO	TIO/A	949423284
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO HOOVER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
12891791-8	CRISTIAN EDUCARDO SANTANDER VERGARA	954106316
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
cristiansantandervergara1975@gmail.com	MEDIA COMPLETA	PASAJE PINOT 1247 VALLE DEL SOL- PADRE HURTADO
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
SOLDADOR	EMPRESAS VISOPACK	CHAÑARCILLO 1250- MAIPÚ

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13882364-4	RITA SANDOVAL PINTO	948105704
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección

ritasandovalpinto@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	PASAJE PINOT 1247- VALLE DEL SOL-PADRE HURTADO
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
PROFESORA	COLEGIO HOOVER	SAN SIMÓN 0614

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
PADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
12891791-9	CRISTIAN SANTANDER VERGARA	954106316
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
cristiansantandervergara1975@gmail.com	Masculino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	PASAJE PINOT 1247- VALLE DEL SOL- PADRE HURTADO	SOLDADOR
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
EMPRESAS VISOPACK	CHAÑARCILLO 1250- MAIPÚ	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA PENTECOSTAL
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	RITA SANDOVAL
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: 14-12-2020 20:24:55

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna