



COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna

## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
LUZ LILIANA	146877079	LUZLOPEZPASTOR@GMAIL.COM

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24845940-9	PRIMERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
HUAMAN	LOPEZ	DAYANA VALESKA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
03-01-2015	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
PASAJE CHONCHI 6694		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	985069278	LUZLOPEZPASTOR@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
TEOFILO	PADRE	957240496
STEVEN	HERMANO/A	953561216
BYRON	HERMANO/A	956409123
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
ESCUELA HORMIGITAS 2	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
215188213	TEOFILO HUAMAN BAZAN	957240496
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
TEO.HUAMAN@HOTMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	PASAJE CHONCHI 6694
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
MAESTRO EN CONTRUCCION	MAESTRO	PEDRO AGUIRRE CERDA 6300

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
146877079	LUZ LILIANA LOPEZ PASTOR	985069278
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
LUZLOPEZPAATOR@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	PASAJE CHONCHI 6694
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
	DUEÑA DE CASA	PASAJE CHONCHI 6694

### Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
146877079	LUZ LILIANA LOPEZ PASTOR	985069278
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
LUZLOPEZPASTOR@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión

MEDIA COMPLETA	PASAJE CHONCHI 6694	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
DUEÑA DE CASA	PASAJE CHONCHI 6694	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	LUZ LOPEZ
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: 21-12-2020 10:39:21

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna