

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
JACQUELINE ROJAS	17283132K	ROJAS.JACQUELINE@HOTMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23541112-1	QUINTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
GONZALEZ	ROJAS	AMARO IGNACIO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
20-01-2011	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
PLAZA CASTELAR 01190 T2 DEPTO 54		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	951967417	ROJAS.JACQUELINE@HOTMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
JACQUELINE	MADRE	951967417
JOSE ROJAS	ABUELO/A	963681155
ROSA FIGUEROA	ABUELO/A	991571644
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO HOOVER	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
17283132K	JACQUELINE ROJAS FIGUEROA	951967417
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
ROJAS.JACQUELINE@HOTMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	PLAZA CASTELAR 01190 T 2 DEPTO 54
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ADMINISTRATIVA	TELETRABAJO	DOMICILIO

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
17283132K	JACQUELINE ROJAS FIGUEROA	951967417
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
ROJAS.JACQUELINE@HOTMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO

Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	PLAZA CASTELAR 01190 T2 D 54	ADMINISTRATIVA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
DOMICILIO	DOMICILIO	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	JACQUELINE ROJAS
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 08:27:06

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna