



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
JAVIER MIRANDA	128945350	rjaviermirandah@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23999133-5	TERCERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
MIRANDA	CARRASCO	MAX
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
04-07-2012	santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
SAN SIMON 0571		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	930931059	RJAVIERMIRANDAH@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
JAVIER MIRANDA	PADRE	930931059
LUZ CARRASCO	MADRE	936409114
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
128945350	ROBINSON JAVIER MIRANDA HUENULEF	930931059
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
RJAVIERMIRANDAH@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	PTOLOMEO 5813
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DIBUJANTE	A4ARQUITECTOS	DON CARLOS 3227

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14537491K	LUZ HERMINIA CARRASCO PACHECO	936409114
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección

LUZCARRASCOP@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	SAN SIMON 0571
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
VENDEDORA	ZONACOM SA	

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
PADRE	NO	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
128945350	ROBINSON JAVIER MIRANDA HUENULEF	930931059
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
RJAVIERMIRANDAH@GMAIL.COM	Masculino	Divorciado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	PTOLOMEO 5813	DIBUJANTE
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
A4 ARQUITECTOS	DON CARLOS 3227	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	CATOLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	LUZ CARRASCO
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: 16-12-2020 11:02:03

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna