



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Ana guerrero garrido	189499507	Guerrerogarridoana@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24087260-9	TERCERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Andrade	Guerrero	Celyne anael
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
10-10-2012	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Plaza castelar 1160		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	999355488	Guerrerogarridoana@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Ana guerrero	MADRE	999355488
Cristian andrade	PADRE	957712386
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Escuela basica 128 san ramon	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
176813474	Cristian sonny andrade serrano	957712386
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
sonnycristianandrade08@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Plaza Castelar 1160
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
189499507	Ana valentina guerrero garrido	999355488
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
Guerrerogarridoana@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Plaza Castelar 1160
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
189499507	Ana valentina guerrero garrido	999355488
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
GuerreroGarridoana@gmail.com	Femenino	Soltero
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Plaza Castelar 1160	Administración de empresas
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Sociedad chilena de capacitación	Gran avenida 3840	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	Ana guerrero
Observaciones	
Aún que depende de la situación tendra furgón	

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 20:36:28

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

