



MARILYN JIMÉNEZ
CARVAJAL



KATALINA DENISSE
NAVARRO JIMÉNEZ

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23006166-1	SÉPTIMO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
NAVARRO	JIMENEZ	KATALINA DENISSE
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
27-04-2009	27-04-2009	CHILE?
Domicilio		Comuna
YUCATA 02432		LO ESPEJO
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	78748837	KATALINA.NAVARRO.JIMENEZ@GMAIL.COM

Teléfonos de contacto y/o urgencias

Nombre	Parentesco	Número
MANUEL SOTO	OTRO	77667866
ESTEBAN HUENCHULLAN	HERMANO/A	76858058
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
SÓLO MADRE	NINGUNO	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
141929615	DANIEL ANDRES NAVARRO	63067082
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
182106MAJICA@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	AV EL PARRON 0671 DTO 514
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
MECANICO AVIONES	FACH	AV AMERICO V 1501

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
139327675	MARILYN JIMÉNEZ CARVAJAL	978748837
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
182106MAJICA@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	YUCATAN 02432
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
AGENTE COMERCIAL	PLAZA OESTE	CERRILLOS

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
139327675	MARILYN JIMÉNEZ CARVAJAL	78748837
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
182106MAJICA@GMAIL.COM	FEMENINO	DIVORCIADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	YUCATAN 02432	AGENTE COMERCIAL
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
PLAZA OESTE	CERRILLO	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?		
SI	EVANGÉLICA	EVANGÉLICA		
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido			
MADRE	MARILYN JIMÉNEZ			
Observaciones				
ELLA IGUAL SE RETIRA EN FURGON				

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	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Manual de Convivencia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Reglamento Interno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Plan de Formación Ciudadana	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Firma del Padre o Madre

Firma del Apoderado

Fecha: 10-12-2021 09:44:58

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna