

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
SARAI GARCÍA DE LA HUERTA	8847426-O	SARAI.GHV@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24630998-1	PRIMERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
BARRERA	GARCÍA DE LA HUERTA	EMANUEL ESTEBAN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
20-05-2014	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
AV VALPARAISO 6650		LO ESPEJO
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	983527041	SARAI.GHV@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CRISTIAN BARRERA	PADRE	964449878
ANGELINA VIVARES	ABUELO/A	978361257
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
ESCUELA DE LENGUAJE LA DAVILITA	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	SI	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14155942-7	ESTEBAN IGNACIO BARRERA GARCIA	964449878
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
ESTEBANBJ28@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
INGENIERO EN PLANIFICACIÓN	MUNICIPALIDAD DE LO ESPEJO	

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
8.847426-0	SARAI SHALOM GARCÍA DE LA HURTA VIVARES	983527041
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
SARAI.GHV@GMAIL.COM	SUPERIOR INCOMPLETA	
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TÉCNICO EN ADMINISTRACIÓN	CONSULTORIO CLARA ESTRELLA	ZAPIGA 01750.LO ESPEJO

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
8847426-0	SARAI SHALOM GARCÍA DE LA HURTA VIVARES	983527041

Correo Electrónico	Género	Estado Civil
SARAI.GHV@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	AV VALPARAISO 6650.LO ESPEJO	TECNICOP EN ADMINISTRACIÓN
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
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: 22-12-2020 11:01:55

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna