



COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna

## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
MIA	23601256-5	SOTOMIA816@GMAIL.COM

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23601256-5	QUINTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
SOTO	ASTORGA	MIA ALEJANDRA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
21-03-2011	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
AVENIDA OVALLE 541		SAN MIGUEL
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	930813831	XIMENA.273.2015@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
XIMENA	MADRE	930813831
CATALINA	HERMANO/A	963350870
TAMARA	HERMANO/A	982715700
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
DR.WILLIS HOOVER	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
9480672-0	LUIS SOTO CASERES	
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
	BÁSICA COMPLETA	
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
CHOFER		

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
12680866-6	XIMENA ASTORGA NORAMBUENA	930813831
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
XIMENA.273.2015@GMAIL.COM	MEDIA INCOMPLETA	AV.OVALLE541 SAN MIGUEL
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DUEÑA DE CASA	CASA	

### Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
12680866-6	XIMENA ASTORGA NORAMBUENA	930813831
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
XIMENA.273.2015@GMAIL.COM	FEMENINO	SEPARADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión

MEDIA INCOMPLETA	AV OVALLE 541 SAN MIGUEL	DUEÑA DE CASA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
CASA		

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGELICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
TIO/A	SEBASTIAN LOVAISA
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
SI	ISAPRE	
¿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 08:36:19

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna