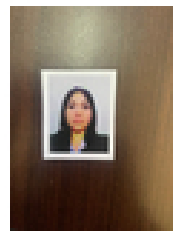
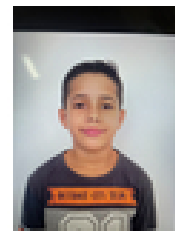




COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna



FREICIS MALLELYS  
INFANTE VILLAREAL



SAMUEL DAVID  
CAMACHO INFANTE

## FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
100588186-9	SEXTO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CAMACHO	INFANTE	SAMUEL DAVID
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
28-10-2010	MARACAIBO	VENEZUELA
Domicilio		Comuna
AV OVALLE 150 DPTO 1805		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	974550357	FREICIS.M@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ADRIN COLINA	OTRO	974550357
ANA COLINA	ABUELO/A	953988253
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	LAMBISCO	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
00000000	NADA	0
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
FREICIS.M@GMAIL.COM	NINGUNO	NADA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
NADA	NADA	NADA

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
18203760	FREICIS MALLELYS INFANTE VILLAREAL	974550357
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
FREICIS.M@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	AV OVALLE 150 DPTO 1805 / LA CISTERNA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
CESANTE	CESANTE	CESANTE

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
18203760	FREICIS MALLELYS INFANTE VILLAREAL	974550357
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
FREICIS.M@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	AV OVALLE 150 DPTO 1805 / LA CISTERNA	CESANTE
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
CESANTE	CESANTE	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	FREICIS MALLELYS INFANTE VILLAREAL	
Observaciones		
PUEDE RETIRAR AL ALUMNO EL PADRE : ADRIN COLINA		

## 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
Manual de Convivencia	_____ SI
Reglamento Interno	_____ SI
Plan de Formación Ciudadana	_____ SI

_____ NO
_____ NO
_____ NO
_____ NO

---

Firma del Padre o Madre

---

Firma del Apoderado

Fecha: 22-02-2022 12:14:00

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna