



DAYANA CARVAJAL



ISAÍAS BENJAMÍN
NEIPÁN CARVAJAL

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22883874-8	OCTAVO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
NEIPÁN	CARVAJAL	ISAÍAS BENJAMÍN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
27-11-2008	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
CALLE CARVAJAL 0660 DEPTO 201		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	945567825	DLUCG3584@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
DAYANA CARVAJAL	MADRE	945567825
JOSÉ NEIPÁN	PADRE	945568878
CÉSAR ARAYA	TIO/A	959525261
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	COLEGIO HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
151584063	JOSÉ ORLANDO NEIPÁN ALBARRÁN	945568878
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
JOSE.NEIPAN.ALBARRAN@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	CARVAJAL 0660 DEPTO 201 LA CISTERNA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ANALISTA LOGÍSTICO	TELETRABAJO - PRESENCIAL	AVDA. PRESIDENTE RIESCO 5435, PISO 18, LAS CONDES

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
155467185	DAYANA LUCÍA CARVAJAL GONZÁLEZ	945567825
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
DLUCG3584@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	CARVAJAL 0660 DEPTO 201 LA CISTERNA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DIGITADORA	NO TRABAJA	NINGUNA

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
155467185	DAYANA CARVAJAL	945567825
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
DLUCARVAJALG3584@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	CARVAJAL 0660 DEPTO 201 LA CISTERNA	DIGITADORA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
NO ESTOY TRABAJANDO	NINGUNA	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?		
NO	OTRA	PERO SOMOS CRISTIANOS		
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido			
MADRE	DAYANA CARVAJAL			
Observaciones				
POR MIENTRAS QUE SE CONSIGUE UN 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	<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: 09-12-2021 22:05:41

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna