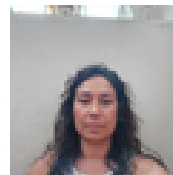




COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna



MARCELA MARIA  
AVILA AMBUL



FERNANDA  
CAROLINA LIZAMA  
AVILA

## FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23144284-7	SÉPTIMO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
LIZAMA	AVILA	FERNANDA CAROLINA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
10-10-2009	SANTIAGO	CHILE
Domicilio		Comuna
AV. FERNANDEZ ALBANO 1931		SAN RAMÓN
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	967365555	M.AVILAAMBUL@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
MARCELA	MADRE	967365555
FELIPE	PADRE	973382150
ENRRIQUE	ABUELO/A	961190128
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13257062-0	FELIPE ENRRIQUE LIZAMA SEPULVEDA	973382150
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
FLIZAMA@FERCOTEC.CL	SUPERIOR COMPLETA	AV. FERNANDEZ ALBANO 1931
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ELECTRICO	DEPENDIEN	AV. EL PARRON 0678

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14341061-7	MARCELA MARIA	967365555
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
M.AVILAAMBUL@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	AV. FERNANDEZ ALBANO1931
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DUEÑA DE CASA	CASA	AV. FERNANDEZ ALBANO1931

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
14341061-7	MARCELA MARIA AVILA AMBUL	967365555
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
M.AVILAAMBUL@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	AV.FERNADEZ ALBANO 1931	SIN PROFESION
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
DUEÑA DE CASA	AV.FERNADEZ ALBANO 1931	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
NO	OTRA	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	MARCELA AVILA	
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?	
SI	ASMA	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
EN ED. FISICA USA INALADOR EN CASO DE AHOGO		
Observaciones		
NO SOBRE EXIGIR EN LOS EJERCICIOS.		

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: 17-12-2021 10:30:59

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna