

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
ROMINA VALDIVIA	154853863	ROMINAVALDIVIA900@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23352851-K	QUINTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CARRASCO	VALDIVIA	JAVIERA PAZ
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
18-06-2010	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
AV. SANTA ROSA 6811 DPTO 205		SAN RAMÓN
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	934832687	
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ROMINA VALDIVIA	MADRE	934832697
ARODIS CARRASCO	PADRE	972129336
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
117114880	ARODIS CARRASCO	972129336
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
ARODISCARRASCOPACHECO@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
CHOFER		

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
154853863	ROMINA VALDIVIA	
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
ROMINAVALDIVIA900@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	AV.SANTA ROSA 6811
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
EJECUTIVA DE VENTAS	BODEGAS DE MERSAN	LO ESPEJO

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
154853863	ROMINA ALICIA VALDIVIA ERRAZURIZ	934832697
Correo Electrónico	Género	Estado Civil

ROMINAVALDIVIA900@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	AV SANTA ROSA 6811	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

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	REBECA CARRASCO
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	NO	0
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
NO		
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
NO NINGUNA		
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 08:25:58

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna