



## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
David Velasquez	22923910-4	loretoperez465@gmail.com

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22923910-4	SÉPTIMO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
VELASQUEZ	PEREZ	DAVID EZEQUIEL
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
19-01-2008	19 :01:2009	Chile?
Domicilio	Comuna	
Tampoco #7987	Lo Espejo	
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	56982743381	loretoperez465@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Loreto	MADRE	982743381
Ernesto	PADRE	976666687
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Wiki hoover	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14311584-4	Ernesto Javier Velasquez lopez	976666687
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
ernestovelasquezcp@gmail.com	BÁSICA INCOMPLETA	Tampoco #7987
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
No	No	No

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14421196-0	Loreto del Carmen Pérez yañez	982743381
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
loretoperez465@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Tampico#7987
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Dueña de casa	En el domicilio	No
---------------	-----------------	----

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
14421196-0	Loreto del Carmen Pérez yañez	982743381
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
loretoperez465@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Instituto comercial san Miguel	No
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
No	No	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Cristiano
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
OTRO	Tía Veronica
Observaciones	
Tía del furgon	

## 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	
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
NO	No	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
No		
Observaciones		
No		

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: 19-12-2020 12:30:13

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

