

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
CARLA ELIZABETH ASTORGA ASTORGA	16.297.978-7	CARLAASTORGA234@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23355775-7	QUINTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
VALDIVIA	ASTORGA	FRANCESCO ALEXIS
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
18-06-2010	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
CALLE 3 #6493		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	976428210	CARLAASTORGA234@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CARLA ASTORGA	MADRE	976428210
JAQUELINE ASTORGA RAMÍREZ	ABUELO/A	920685294
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO HOOVER	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	SI	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16.297.978-7	CARLA ELIZABETH ASTORGA ASTORGA	976428210
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
CARLAASTORGA234@GMAIL.COM	BÁSICA COMPLETA	CALLE 3 #6493
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DUEÑA DE CASA		

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
16.297.978-7	CARLA ELIZABETH ASTORGA ASTORGA	976428210

Correo Electrónico	Género	Estado Civil
CARLAASTORGA234@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
BÁSICA COMPLETA	CALLE 3 #6493	DUEÑA DE CASA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	CARLA ASTORGA (MAMA)
Observaciones	
TAMBIÉN RETIRA AL ALUMNO LA ABUELITA JAQUELINE ASTORGA EL PADRE NO TIENE LA AUTORIZACIÓN PARA RETIRAR AL ALUMNO (NI LA FAMILIA POR PARTE DEL PADRE PUEDE RETIRAR ALUMNO)	

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	_____ 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: 08-01-2021 11:07:05

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna