



KAREN CONTRERAS
SALDÍAS



CRISTOBAL JAVIER
CIFUENTES
CONTRERAS

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
KAREN CONTRERAS	14318552-4	KACONTRERAS@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23791367-1	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CIFUENTES	CONTRERAS	CRISTOBAL JAVIER
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
03-11-2011	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
HERMANOS MARIN #0745		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	961219753	KACONTRERAS@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
KAREN CONTRERAS	MADRE	961219753
MARÍA SALDÍAS	ABUELO/A	225596882
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
14362688-1	CARLOS CIFUENTES TORRES	938953758
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
CANDRIUS27@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	SALVADO GUTIERREZ 7399
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TÉCNICO MÉCANICO	INDEPENDIENTE	

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14318552-4	KAREN CONTRERAS SALDÍAS	961219753
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
KACONTRERAS@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	HERMANOS MARIN 0745, LA CISTERNA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
PSOCIOLOGA	ADECCO RRHH	LUIS THAYER OJEDA 166, PROVIDENCIA

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
14318552-4	KAREN CONTRERAS SALDÍAS	961219753
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
KACONTRERAS@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	HERMANOS MARÍN 0745, LA CISTERNA	PSICOLOGA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
ADECCO RRHH		

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
ABUELO/A	MARÍA SALDÍAS
Observaciones	
PUEDE SER RETIRADO POR SU ABUELA O ABUELO JUAN CARLOS TAFFO MORAGA	

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		
EN CASO DE EMERGENCIA PUEDE SER LLEVADO A LA URGENCIA DE LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA, DÁVILA, BICENTENARIO, U. DE CHILE, DONDE TIENE COBERTURA.		

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 07:14:48

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna