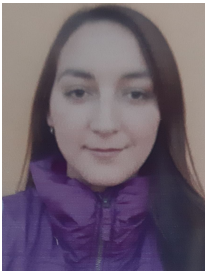




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



YENCY MICHELLE
SEMMLER ITURRA



HEIZZEL ANTONELLA
SEMMLER SEMMLER

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
YENCY SEMMLER	187962013	JJNUNEZA2@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23775514-6	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
SEMMLER	SEMMLER	HEIZZEL ANTONELLA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
13-10-2011	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
AVENIDA LAS INDUSTRIAS #8389		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	964744699	JJNUNEZA2@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
964744699		
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
DR WILLIS HOOVER	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

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

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
187962013	YENCY MICHELLE SEMMLER ITURRA	964744699
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
JJNUNEZA2@GMAIL.COM	SUPERIOR INCOMPLETA	AVENIDA INDUSTRIAS 8389
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	

RUN	Nombre Completo	Teléfono
187962013	YENCY MICHELLE SEMMLER ITURRA	964744699
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
JJNUNEZA2@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR INCOMPLETA	AVENIDA I DUSTRIAS 8389	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	CRISTIANISMO
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	YENCY MICHELLE SEMMLER ITURRA
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?	
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: 21-12-2020 07:36:05

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna