

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
CONSTANZA JAVIERA RIVERA VÁSQUEZ	16.357.791-7	CONYTA1986@ICLOUD.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25292106-0	KINDER 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
NAVARRETE	RIVERA	AGUSTINA IGNACIA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
11-02-2016	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
SALAS 8973 DPTO 908 TORRE A		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	935932549	CONYTA1986@ICLOUD.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
MARÍA ANGELICA VÁSQUEZ	ABUELO/A	953642210
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
ESCUELA BÁSICA LOS ÁNGELES DE LENGUAJE	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

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
16.357.791-7	CONSTANZA JAVIERA RIVERA VÁSQUEZ	935932549
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
CONYTA1986@ICLOUD.COM	SUPERIOR INCOMPLETA	SALAS 8973 DPTO 908 TORRE A LA CISTERNA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
CHEF		

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
16.357.791-7	CONSTANZA JAVIERA RIVERA	935932549

	VÁSQUEZ	
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
CONYTA1986@ICLOUD.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR INCOMPLETA	SALAS 8973 DPTO 908 TORRE A LA CISTERNA	CHEF
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	CONSTANZA JAVIERA RIVERA VÁSQUEZ
Observaciones	
FELIPE RIVEROS (POLOLO DE LA MAMA)	

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: 09-03-2021 12:05:25

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna