



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna

CINTHIA ARLET
MORALES ZYL

ALEXIA FRANCISCA
BELLIDO MORALES

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23652458-2	SEXTO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
BELLIDO	MORALES	ALEXIA FRANCISCA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
23-05-2011	SANTIAGO	CHILE
Domicilio		Comuna
PASAJE 33 #1993		LO ESPEJO
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	961581343	ESCACIN777@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CINTHIA MORALES	MADRE	961581343
RONALD BELLIDO	PADRE	989914339
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	WILLIS HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
147287968	RONALD ENRIQUE BELLIDO MEDINA	989914339
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
REBM15@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	PASAJE 33 #1993,
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
OPERARIO DE PRODUCCIÓN	RENCA	CAMINO LO RUIZ 4470

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
180613463	CINTHIA ARLET MORALES ZYL	961581343
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
ESCACIN777@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	PASAJE 33 #1993,
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ESTUDIANTE	UNIVERSIDAD AUTÓNOMA	EL LLANO

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
180613463	CINTHIA ARLET MORALES ZYL	961581343
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
ESCACIN777@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	PASAJE 33 #1993,	ESTUDIANTE
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
U AUTÓNOMA	EL LLANO	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	EVANGÉLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	CINTHIA MORALES	
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		961581343
¿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
Manual de Convivencia	_____ SI
Reglamento Interno	_____ SI
Plan de Formación Ciudadana	_____ SI

_____ NO
_____ NO
_____ NO
_____ NO

Firma del Padre o Madre

Firma del Apoderado

Fecha: 14-12-2021 12:46:27

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna