



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Daniela garrido	180505652	franydany19@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23354563-5	QUINTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
SOTO	GARRIDO	FRANCISCA ABIGAIL
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
19-06-2010	santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
isabel riquelme 7394		Lo Espejo
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	954180948	franydany19@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Raul Soto	PADRE	936921225
Daniela Garrido	MADRE	954180948
Yolanda Quiroz	ABUELO/A	984470283
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
willis Hoover	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
167143369	Raul Wladimir Soto Quiroz	936921225
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
raulsoito@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	isabel riquelme 7394
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
tecnico en sonido		

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
180505652	Daniela Adriana Garrido Aravena	954180948
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
franydany19@gmail.com	MEDIA COMPLETA	isabel riquelme 7394
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
180505652	Daniela Adriana Garrido Aravena	954180948
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
franydany19@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	isabel riquelme 7394	vendedora
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Empresa de Desayunos	rio de janeiro 1194	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Evangelica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
PADRE	Raul Soto Quiroz
Observaciones	
La alumna se retira en furgón escolar.	

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: 19-12-2020 10:30:54

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

