

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
CELIA RUIZ PRADO	13137652-9	ALERUIZPRADO@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24147443-7	TERCERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
COÑUECAR	RUIZ	SIMÓN ANDRÉS
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
21-12-2012	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio	Comuna	
ESMERALDA 497	LA FLORIDA	
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	996777967	ALERUIZPRADO@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
DANIEL COÑUECAR	PADRE	976998306
CASA	OTRO	233085757
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO HOOVER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
12721343-7	DANIEL ALEJANDRO COÑUECAR VEJA	976998306
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
DANIELCONUECAR@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	ESMERALDA 497, LA FLORIDA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
INDEPENDIENTE		

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13137652-9	CELIA RUIZ PRADO	996777967
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
ALERUIZPRADO@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	ESMERALDA 497, LA FLORIDA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
INDEPENDIENTE		

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
13137652-9	CELIA RUIZ PRADO	996777967
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
ALERUIZPRADO@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO

Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	ESMERALDA 497, LA FLORIDA	INDEPENDIENTE
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA PENTECOSTAL
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	
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: 22-12-2020 12:00:10

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna