



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
GLORIA VILLAGRAN BAEZA	15889976-0	gloriavaleska@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23818534-3	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
SOTO	VILLAGRAN	ZOE PAZ
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
12-12-2011	SANTIAGO	Chile?
Domicilio		Comuna
INES DE SUAREZ 6445		Lo Espejo
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	56984871682	gloriavaleska@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
GLORIA VILLAGRAN	MADRE	56984871682
ANA BAEZA	ABUELO/A	56990583875
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO WILLIS HOOVER	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14194039-2	HECTOR ENRIQUE SOTO MORENO	56961226698
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
h_soto_m@hotmail.com	MEDIA COMPLETA	
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TECNICO TRABAJO SOCIAL	MUNICIPALIDAD DE LA FLORIDA	

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15889976-0	GLORIA VALESKA VILLAGRAN BAEZA	56984871682
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
gloriavaleska@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	INES DE SUAREZ 6445 LO ESPEJO

Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
CONTADORA AUDITORA	MUNICIPALIDAD DE LO ESPEJO	AV. CENTRAL R.SILVA HENRIQUEZ 8321 LO ESPEJO

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
15889976-0	GLORIA VALESKA VILLAGRAN BAEZA	56984871682
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
gloriavaleska@gmail.com	Femenino	Separado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	INES DE SUAREZ 6445 LO ESPEJO	CONTADOR AUDITOR
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
MUNICIPALIDAD DE LO ESPEJO	AV.CENTRAL R.SILVA HENRIQUEZ 8321 LO ESPEJO	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGELICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
ABUELO/A	AQUILES VILLAGRAN MOREL
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		56984871682
¿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: 17-12-2020 12:43:16

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna