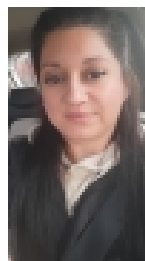




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



YOHARA CATHERINE
BARRA CASTRO



BENJAMÍN ESTEBAN
TOBAR BARRA

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24183486-7	CUARTO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
TOBAR	BARRA	BENJAMÍN ESTEBAN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
04-02-2013	SANTIAGO	CHILE
Domicilio		Comuna
PEDRO AGUIRRE CERDA 0398, DEPTO 310 TORRE C		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	974188390	YOHARAB@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
YOHARA BARRA	MADRE	982972205
MARCELA CASTRO	ABUELO/A	962329823
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	COLEGIO WILLI HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
134853611	ABEL ESTEBAN TOBAR GALINDO	974188390
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
ETOBAR32.G@GMAIL.COM	SUPERIOR INCOMPLETA	PEDRO AGUIRRE CERDA 0398, DEPTO 310 TORRE C
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
SOPORTE TECNICO	BRINKS	BELISARIO PRAT 1776, INDEPENDENCIA

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
164056163	YOHARA CATHERINE BARRA CASTRO	982972205
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
YOHARAB@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	AV TOME 0691
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TECNICO EN ENFERMERIA	CENTRO MEDICO Y DE DIALISIS	ESTADOS UNIDOS 8710 LA FLORIDA

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
134853611	YOHARA CATHERINE BARRA CASTRO	974188390
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
ETOBAR32.G@GMAIL.COM	MASCULINO	CASADO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR INCOMPLETA	AV PEDRO AGUIRRE CERDA 0398, DEPTO 310 LA CISTERNA	TÉCNICO EN ENFERMERÍA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
CENTRO MEDICO Y DE DIALISIS	ESTADOS UNIDOS 8710, LA FLORIDA	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	EVANGELICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
PADRE	ABEL TOBAR	
Observaciones		
PUEDE RETIRARLO TRANSPORTE ESCOLAR, U OTRO FAMILIAR SIEMPRE QUE SE INFORME MEDIANTE LA LIBRETA DE COMUNICACIÓN.		

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
SI	CLINICA DAVILA	227308341
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
SI	ASMA	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
RESPIRATORIA, INALAR CON SALBUTAMOL SOS INDICADO POR SU BRONCOPULMONAR (SE LLEVA CERTIFICADO AL COLEGIO QUE RESPALDE ESTA INDICACION), Y AVISAR AL APODERADO .		
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 11:51:11

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna