



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Juan	141540718	jcarrasco15@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23213713-4	SEXTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CARRASCO	GARCIA	JUAN VICENTE
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
28-12-2009	Santiago	Chile?
Domicilio	Comuna	
Avenida el Parron #0750 depto. 416	La Cisterna	
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	933991090	jcarrasco15@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Juan	PADRE	93529680
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Ninguno	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
141540718	Juan Arturo Carrasco Henríquez	933991090
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
jcarrasco15@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	General korer 237
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ING. Electrico	Chillán	Confluencia 66

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
134778504	Paulina Patricia García Arriagada	951940400
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
ppgarcia.arriagada@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	General korer 237
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
134778504	Paulina Patricia García Arriagada	951940400
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
ppgarcia.arriagada@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	General corner 237	Tec. Alimentos
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Cesante	Cesante	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	Paulina García
Observaciones	
Yo su madre, pero en ocasiones puede ir su abuela jertrudis Henríquez o su padre Juan Carrasco	

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	Clínica davila	227308000
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
NO	Ninguna	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
No		
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 16:47:32

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

