



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Pablo Plagges Azócar	134664487	plaggesazocar@outlook.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24127216-8	TERCERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
PLAGGES	ALIAGA	RUBEN ANTONIO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
25-11-2012	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Primera avenida 1178		San Miguel
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino		
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Pablo Plagges Azócar	PADRE	940323227
Betzabe Aliaga cea	MADRE	942994548
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Hoover	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
134664487	Pablo Emiliano Plagges Azócar	940323227
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
plaggesazocar@outlook.com	MEDIA COMPLETA	El Parron 0677
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Administración	Panpremium	Fernández Albano 1806

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
154583858	Betzabe del Pilar Aliaga cea	942994548
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
betzyaliaga63@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Primera avenida 1178
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
154583858	Betzabe Aliaga cea	942994548
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
betzyaliaga63@gmail.com	Femenino	Divorciado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Primera avenida 1178	Administración
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Casa de reposo vida eterna	Séptima avenida 1190	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Evangélicos
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	Betzabe Aliaga cea
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: 19-12-2020 12:32:49

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

