

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
NATALIA	18221069-2	NATALIA.ROCO.BARRIA@GMAI.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23344245-3	QUINTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
DELGADO	BARRIA	FLORENCIA TRINIDAD
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
31-05-2010	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
HISPANOAMERICA 01041		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	931141814	NATALIA.ROCO.BARRIA@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
VERONICA	ABUELO/A	976176250
ORLANDO	ABUELO/A	91274390
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
MISMO COLEGIO	ABUELOS	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
182210692	NATALIA VERONICA BARRÍA ROCO	931141814
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
NATALIA.ROCO.BARRIA@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	HISPANOAMERICA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ESTUDIANTE	METRO DE SANTIAGO	ESTACIÓN DE METRO

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
182210692	NATALIA VERONICA BARRÍA ROCO	931141814
Correo Electrónico	Género	Estado Civil

NATALIA.ROCO.BARRIA@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	HISPANOAMERICA 0104	ESTUDIANTE
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
METRO DE SANTIAGO	ESTACIÓN DE METRO	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	CATOLICO
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
ABUELO/A	VERONICA ROCO CACERES
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: 21-12-2020 08:26:29

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna