

# FICHA DE MATRÍCULA

## Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
CECILIA FRANCESCA ZAVALA HORTA	15886696-K	CECILIAZAVALAH@GMAIL.COM

## Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24933985-7	PRIMERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
JORQUERA	ZAVALA	ISAÍAS FRANCISCO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
19-03-2015	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
AV.LINCON 2516		LO ESPEJO
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	952274934	CECILIAZAVALAH@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CECILIA ZAVALA	MADRE	952274934
FERMÍN JORQUERA	PADRE	941029126
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
BURBUJITAS	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

## Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14902003-7	FERMÍN ANDRÉS JORQUERA BURGOS	941029126
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
FERMINJORQUERA1.8@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	AV.LINCON 2516
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
MECÁNICO	JUBILADO	CASA

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15886696-K	CECILIA FRANCESCA ZAVALA HORTA	952274934
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
CECILIAZAVALAH@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	AV.LINCON 2516
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TÉC. EN ALIMENTACIÓN COLECTIVA	DUEÑA DE CASA	AV.LINCON 2516

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
15886696-K	CECILIA FRANCESCA ZAVALA HORTA	952274934

Correo Electrónico	Género	Estado Civil
CECILIAZAVALAH@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	AV.LINCON 2516	TÉC. EN ALIMENTACIÓN COLECTIVA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
CASA	AV.LINCON 2516	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	CECILIA FRANCESCA ZAVALA HORTA
Observaciones	
MADRE Y PADRE PUEDEN RETIRAR. EVENTUALMENTE LA MAMÁ LLAMARÁ SI ES QUE OTRA PERSONA RETIRA.	

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: 22-12-2020 11:55:33

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna