



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Vicente maldonado	23873215-8	s.maldo21@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23873215-8	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
maldonado	Soto	Vicente Elias
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
13-02-2012	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Ovalle, 541		Santiago
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	959040607	s.maldo21@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Sebastian	PADRE	959040607
Catalina	MADRE	963350870
Ximena	ABUELO/A	930813831
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Hoover	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16861926-k	Sebastian Esteban Maldonado Lovaisa	959040607
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
s.maldo21@gmail.com	SUPERIOR INCOMPLETA	Ovalle, 541
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Transporte escolar	Colegios	Ovalle

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17667496-2	Catalina Yubitza Soto Astorga	963350870
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
catalina.soto@hotmail.cl	SUPERIOR INCOMPLETA	Lo ovalle 541
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Vendedora	Casa	Ooo
-----------	------	-----

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
17667496-2	Catalina Yubitza Soto Astorga	963350870
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
catalina.soto@hotmail.cl	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR INCOMPLETA	Lo ovalle 541	Vendedora
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Casa	Ooo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Evangelica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
PADRE	Sebastian maldonado
Observaciones	
Puede ser padre o madre	

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: 17-12-2020 12:48:57

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

