



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Mariluz jara	118859014	mjm_2@hotmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22526484-8	OCTAVO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
BENAVIDEZ	JARA	DIEGO ANDRES
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
15-10-2007	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Av el parron 0681		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	948861070	mjm_2@hotmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Mariluz	MADRE	948861070
Carlos	PADRE	965915957
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
226329803	Carlos Benavidez Mosquera	965915957
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
tocayo1978@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	Av el parron 0681
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Operador de caldera	Ariztia	Ochagavia

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
118859014	Mariluz jara m	948861070
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
mjm_2@hotmail.com	MEDIA COMPLETA	Av el parrón 0681
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
118859014	Mariluz jara	948861070
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
mjm_2@hotmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Av parrón 0681	Administradora condominios
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Condominio don victor	Av el parrón 0681	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	Mariluz jara
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: 18-12-2020 01:02:07

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

