

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
JOCELYN ANDREA SEPÚLVEDA MORENO	16031762-0	JOCELYN.SEPULVEDA.MORENO@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23814336-5	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
BRAVO	SEPULVEDA	MAGDALENA TRINIDAD
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
30-11-2011	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
SAN SIMON 0129		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	995104906	JOCELYN.SEPULVEDA.MORENO@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
RODRIGO BRAVO	PADRE	996686064
FRANCISCA SEPÚLVEDA	TIO/A	947872526
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO HOOVER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
SI	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
12829542-9	RODRIGO ALONSO BRAVO CHANDÍA	996686064
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
ELSONIDONEGRO@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	SAN SIMON 0129
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
MÚSICO	TEATRO	SANTIAGO

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16031762-0	JOCELYN ANDREA SEPÚLVEDA MORENO	95104906
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
JOCELYN.SEPULVEDA.MORENO@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	SAN SIMON 0129
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TENS	MIRASALUD	GENERAL ORDOÑES 90 MAIPÚ

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
16031762-0	JOCELYN ANDREA SEPÚLVEDA	95104906

	MORENO	
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
JOCELYN.SEPULVEDA.MORENO@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	SAN SIMON 0129	TENS
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
MIRASALUD	GENERAL ORDOÑES 90 MAIPÚ	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	JOCELYN ANDREA SEPÚLVEDA MORENO
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: 22-12-2020 10:44:22

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna