



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Edith Ibáñez Cornejo	134727500	edithibanez70@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22717389-0	SÉPTIMO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CORNEJO	IBÁÑEZ	FERNANDA ELIZABETH
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
06-05-2008	2008	Chile?
Domicilio		Comuna
Calle Plaza 8146		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	952498396	edithibanez70@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Trabajo mamá Edith Ibañez	MADRE	222462900
Trabajo mamá Edith Ibañez	MADRE	222461122
Casa Abuelita Maria Angélica	ABUELO/A	229954212
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Williams Hoover	OTROS	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

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

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
134727500	Edith Fabiola Ibáñez Cornejo	952498396
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
edithibanez70@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Calle plaza 8146
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
134727500	Edith Fabiola Ibáñez Cornejo	952498396
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
edithibanez70@gmail.com	Femenino	Soltero
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Calle Plaza 8146	Secretariado
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Clínica	Padre Mariano 391 Providencia	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Cristiana
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	Edith Ibáñez Cornejo
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: 16-12-2020 22:58:14

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

