



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
MAICKOL VASQUEZ	167141730	MAICKOLVR@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23728356-2	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
VASQUEZ	GUTIERREZ	EZEQUIEL ANDRES
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
23-08-2011	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
CHILE ESPAÑA 8262 TORRE 5 DEPTO. 24		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	995125685	
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
PAULA	MADRE	992042500
MAICKOL	PADRE	995125685
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
WILLIS HOOVER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
167141730	MAICKOL ALBERT VASQUEZ ROMERO	995125685
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
MAICKOLVR@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	CHILE ESPAÑA 8262 LA CISTERNA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
SUPERVISOR OPERACIONES LOGÍSTICAS	WALMART CHILE	PRESIDENTE JORGE ALESSANDRI 18899 SAN BERNARDO

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
170222024	PAULA DANAE GUTIÉRREZ VENEGAS	995125685
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
PAULADANAEGV@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	CHILE ESPAÑA 8262 LA CISTERNA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
		CHILE ESPAÑA 8262 LA CISTERNA

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
170222024	PAULA DANA E GUTIÉRREZ VENEGAS	992042500
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
PAULADANAEGV@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	CHILE ESPAÑA 8262 LA CISTERNA	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
	CHILE ESPAÑA 8262 LA CISTERNA	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	CRISTIANO EVANGÉLICO PROTESTANTE
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	PAULA GUTIÉRREZ VENEGAS
Observaciones	
TAMBIÉN SU PADRE MAICKOL VASQUEZ	

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		992042500
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
NO		
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
Observaciones		
CASO EMERGENCIA PADRE 995125685		

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: 21-12-2020 07:21:55

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna