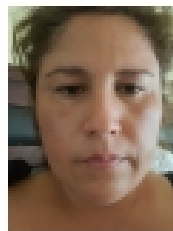
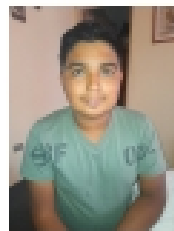




COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna



ANGELA LUEYZA  
HENRIQUEZ



RODRIGO JACOB  
PACHECO LUEYZA

## FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23175198-K	SÉPTIMO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
PACHECO	LUEYZA	RODRIGO JACOB
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
15-11-2009	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
SAN FRANCISCO		SAN RAMÓN
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	974813439	RORO.PACHE@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ANGELA LUEYZA	MADRE	974813439
RODRIGO PACHECO	PADRE	955368760
ISAAC	HERMANO/A	999502022
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	WILLIS HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
139408985	RODRIGO PACHECO	955368760
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
RODRIGO.85@YAHOO.COM	SUPERIOR INCOMPLETA	SAN FRANCISCO 7430
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ELECTRICO	INDEPENDIENTE	NINGUNO

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
162686453	ANGELA LUEYZA HENRIQUEZ	974813439
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
ANGELA.LUEYZA@YAHOO.ES	MEDIA COMPLETA	SAN FRANCISCO 7430
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DUEÑA DE CASA	CASA	CASA

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
162686453	ANGELA LUEYZA HENRIQUEZ	974813439
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
ANGELA.LUEYZA@YAHOO.ES	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	SAN FRANCISCO 7430	O
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
O	O	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	EVANGELIO
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	ANGELA LUEYZA-RODRIGO PACHECO-ISAAC PACHECO	
Observaciones		
PAPÁ, MAMÁ O HERMANO		

## 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?	
SI	ASMA Y RINITIS ALÉRGICA CRÓNICA	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
ASMA Y RINITIS ALÉRGICA CRÓNICA NO AGITARSE DEMASIADO Y EL MANTENER SUS INHALADORES		
Observaciones		

He leído y acepto los siguientes documentos del establecimiento:

Proyecto Educativo Institucional	_____ SI
Manual de Convivencia	_____ SI
Reglamento Interno	_____ SI
Plan de Formación Ciudadana	_____ SI

_____ NO
_____ NO
_____ NO
_____ NO

---

Firma del Padre o Madre

---

Firma del Apoderado

Fecha: 13-12-2021 20:19:59

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna