



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Virginia Clavería	122888835	Simyfeli@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23459280-7	QUINTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
DIAZ	CLAVERIA	SIMEI FLORENCIA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
24-10-2010	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Pje .Arturo Aldunate# 1125Villa Eduardo Anguita		San Bernardo
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	56942618200	Simyfeli@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Virginia Claveáia	MADRE	56942618200
José Díaz	PADRE	56978552663
Blanca Iturra	ABUELO/A	224596227
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
w. Hoover	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
122836088	José Javier Díaz López	56978552663
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
Simyfeli@gmail.com	MEDIA INCOMPLETA	Pje. Arturo Aldunate #1125
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Chofer	Distribuidora y comercializadora de productos alimenticios "RENE"	Cartagena #4086 Cerrillos

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
122888835	Virginia Clavería	56942618200
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
simyfeli@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Pje.Arturo Aldunate #1125 Villa

		Eduardo Anguita San Bernardo
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Dueña de Casa		

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
122888835	Virginia Clavería	56942618200
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
Simyfeli@gmailcom	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Pje. Arturo Aldunate #1125 Villa Edo.Anguita San Bdo.	Dueña de casa
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Evangélica Pentecostal
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	Virginia Claveria Iturra
Observaciones	
En caso de no estar la madre la retira El padre José Díaz o su Abuela Materna Blanca Iturra	

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 12:10:17

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna