



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover K.
La Cisterna

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
LISBETH WISTUBA	14121709-7	liz@palominosconsultores.cl

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24710149-7	PRIMERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
PALOMINOS	WISTUBA	GASPAR DAVID
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
11-08-2014	SANTIAGO	Chile?
Domicilio		Comuna
AV. LAS FLORES 1621		Pudahuel
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	974958707	liz@palominosconsultores.cl
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
DAVID PALOMINOS	PADRE	6410291
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO WILLIS HOOVER K.	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13340673-5	DAVID PALOMINOS SÁNCHEZ	96410291
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
dpalomi@palominosconsultores.cl	SUPERIOR COMPLETA	
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ANALISTA PROGRAMADOR	TELEFONICA	PROVIDENCIA 119

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14121709-7	Lisbeth Wistuba Espíndola	974958707
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
liz@palominosconsultores.cl	SUPERIOR COMPLETA	AV. LAS FLORES 1621
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
14121709-7	LISBETH WISTUBA ESPÍNDOLA	974958706
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
liz@palominosconsultores.cl	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	AV. LAS FLORES 1621	PROFESORA DIFERENCIAL
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
COLEGIO WILLIS HOOVER K.	SAN SIMON 0614	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	LISBETH WISTUBA ESPÍNDOLA
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: 18-12-2020 00:41:44

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

