



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Rolinda vasquez torres	111475733	fuentesjaviera455@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22701630-2	OCTAVO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
FUENTES	VÁSQUEZ	JAVIERA ANDREA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
17-04-2008	Abril	Chile?
Domicilio		Comuna
Guanajuato 8085 lo espejo		Lo Espejo
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	961590637	fuentesjaviera455@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ONAI CULLULONAICUL	HERMANO/A	797559049
ADNILOR	MADRE	736065169
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Willis hoover	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

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

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
111475733	Rolinda de las mercedes vasquez torres	961560637
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
fuentesjaviera455@gmail.com	BÁSICA COMPLETA	Guanajuato 8085 lo espejo

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
111475733	Rolinda de las mercedes vasquez torres	961560637
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
fuentesjaviera455@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
BÁSICA COMPLETA	Guanajuato 8085 lo espejo	Dueña de casa
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Evangelica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
	Mama
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	No	
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
NO		
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
No tiene ninguna		
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 21:46:32

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna