

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
DAVID OSSA MEZA	12658244-7	COLEGIO@COLEGIOHOOVER.CL

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23575157-7	QUINTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
OSSA	GONZALEZ	DAVID JEREMIAS
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
02-03-2011	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio	Comuna	
SAN RAFAEL 6975	LA CISTERNA	
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	225116497	COLEGIO@COLEGIOHOOVER.CL
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
DAVID OSSA	PADRE	987773394
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO HOOVER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
12658244-7	DAVID OSSA MEZA	987773394
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
COLEGIO@COLEGIOHOOVER.CL	MEDIA COMPLETA	SAN RAFAEL 6975
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
AYUDANTE DE BODEGA	PUDAHUEL BODEGA	PUDAHUEL

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14195062-2	CINTHYA ALEJANDRA GONZALEZ CORREA	989665677
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
COLEGIO@COLEGIOHOOVER.CL	MEDIA COMPLETA	SAN RAFAEL 6975
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DUEÑA DE CASA		

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
PADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
12658244-7	DAVID OSSA MEZA	987773394
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
COLEGIO@COLEGIOHOOVER.CL	MASCULINO	CASADO

Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	SAN RAFAEL 6975	AYUDANTE DE BODEGA
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	CINTHYA ALEJANDRA GONZALEZ CORREA
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: 22-12-2020 12:21:59

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna