



ABEL ESTEBAN
TOBAR GALINDO



BENJAMÍN ESTEBAN
TOBAR BARRA

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
ABEL ESTEBAN TOBAR GALINDO	134853611	ETOBAR32.G@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24183486-7	TERCERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
TOBAR	BARRA	BENJAMÍN ESTEBAN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
04-02-2013	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
AV TOME 0691		LA GRANJA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	974188390	
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
YOHARA BARRA	MADRE	982972205
MARCELA CASTRO	ABUELO/A	962329823
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO WILLI HOOVER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
134853611	ABEL ESTEBAN TOBAR GALINDO	974188390
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
ETOBAR32.G@GMAIL.COM	SUPERIOR INCOMPLETA	AV TOME 0691
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
164056163	YOHARA CATHERINE BARRA CASTRO	982972205
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
YOHARAB@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	AV TOME 0691
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TECNICO EN ENFERMERIA	CENTRO MEDICO Y DE DIALISIS	ESTADOS UNIDOS 8710 LA FLORIDA

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	

PADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
134853611	ABEL ESTEBAN TOBAR GALINDO	974188390
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
ETOBAR32.G@GMAIL.COM	MASCULINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR INCOMPLETA		
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
PADRE	ABEL TOBAR
Observaciones	PUEDE RETIRARLO TRANSPORTE ESCOLAR, U OTRO FAMILIAR SIEMPRE QUE SE INFORME MEDIANTE LA LIBRETA DE COMUNICACIÓN.

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
SI	CLINICA DAVILA	227308341
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
SI	ASMA	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio	RESPIRATORIA, INALAR CON SALBUTAMOL SOS INDICADO POR SU BRONCOPULMONAR (SE LLEVA CERTIFICADO AL COLEGIO QUE RESPALDE ESTA INDICACION), Y AVISAR AL APODERADO .	
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: 21-12-2020 10:04:39

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna