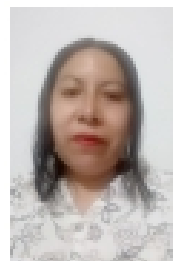
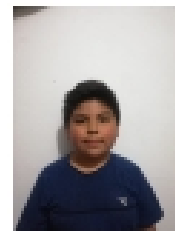




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



ARMANDINA TELLO
MELGAREJO



CARLOS ALEXANDER
DELGADO TELLO

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24202533-4	CUARTO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
DELGADO	TELLO	CARLOS ALEXANDER
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
25-02-2013	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
LAS TORCAZAS 10976		LA PINTANA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	56931195565	DINITAZIVA@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CARLOS	PADRE	56983071930
ALICIA	TIO/A	56964983113
DINA	TIO/A	56954105787
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	COLEGIO HOOVER COMUNA LA CISTERNA	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
21979238-7	POMPEYO CARLOS DELGADO OBREGÓN	56983071930
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
POMPEODELGADO1983@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	LAS TORCAZAS 10976
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
OBRERO	CESANTE	CESANTE

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
22538207-7	ARMANDINA TELLO MELGAREJO	56931195565
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
DINITAZIVA@GMAIL.COM	MEDIA INCOMPLETA	LAS TORCAZAS 10976
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DUEÑA DE CASA	DUEÑA DE CASA	LAS TORCAZAS 10976

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
22538207-7	ARMANDINA TELLO MELGAREJO	56931195565
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
DINITAZIVA@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA INCOMPLETA	LAS TORCAZAS 10976	DUEÑA DE CASA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
DUEÑA DE CASA	CASA	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	EVANGÉLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	ARMANDINA TELLO MELGAREJO	
Observaciones		
NINGUNA		

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
Manual de Convivencia	_____ SI
Reglamento Interno	_____ SI
Plan de Formación Ciudadana	_____ SI

_____ NO
_____ NO
_____ NO
_____ NO

Firma del Padre o Madre

Firma del Apoderado

Fecha: 13-12-2021 18:29:56

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna