

# FICHA DE MATRÍCULA

## **Datos del Solicitante**

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Natalia Morales Gutierrez	13942142-6	keiko27@hotmail.com

## **Datos del Estudiante**

RUN	Curso		
24629091-1	SEGUNDO BÁSICO 2021		
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
Valenzuela	Morales	Camila Simón	
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen	
21-05-2014	Santiago	Chile?	
Domicilio		Comuna	
Guanajuato 8048		Lo Espejo	
Género	Teléfono	Correo Electrónico	
Femenino	932187691	keiko27@hotmail.com	
Teléfonos de contacto y/o urgencias			
Nombre	Parentesco	Número	
Francisco morales	ABUELO/A	988228170	
Elizabeth morales	TIO/A	990127144	
Javiera parra	OTRO	965803088	
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?		
Willis Hoover	AMBOS PADRES		
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?		
NO	NO		

## **Datos del Padre**

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14190589-9	Edinson German Valenzuela 7	935271431
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
keiko27@hotmail.com	MEDIA INCOMPLETA	Guanajuato 8048
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Guardia	Hotel Novapark	Santiago Centro

#### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13942142-6	Natalia Alejandra Morales Gutiérrez	932187691
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
keiko27@hotmail.com	MEDIA COMPLETA	Guanajuato 8048
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
13942142-6	Natalia Morales Gutiérrez	932187691
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
keiko27@hotmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Guanajuato 8048	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

## **Datos Adicionales**

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	Natalia Morales Gutiérrez
Observaciones	

### Ficha Clínica

	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 Manual de Convivencia	SI SI	NO NO
Reglamento Interno	SI	NO
Plan de Formación Ciudadana	SI	NO
Firma del Padre o Madre		Firma del Apoderado

Fecha: 17-12-2020 11:01:48

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna