

# FICHA DE MATRÍCULA

## Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
ARMANDINA TELLO	22538207-7	DINITAZIVA@GMAIL.COM

## Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24202533-4	TERCERO BÁSICO 2021	
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	2147483647	DINITAZIVA@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CARLOS	PADRE	2147483647
ALICIA	TIO/A	2147483647
DINA	TIO/A	2147483647
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO HOOVER COMUNA LA CISTERNA	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

## Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
21979238-7	POMPEYO CARLOS DELGADO OBREGÓN	2147483647
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
POMPEODELGADO1983@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	LAS TORCAZAS 10976
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
OBRERO	SESANTE	SEDANTE

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
22538207-7	ARMANDINA TELLO MELGAREJO	2147483647
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
DINITAZIVA@GMAIL.COM	MEDIA INCOMPLETA	LAS TORCAZAS 10976
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DUEÑA DE CASA	DUEÑA DE CASA	DOMICILIO

## 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	2147483647

Correo Electrónico	Género	Estado Civil
DINITAZIVA@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	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?	¿Cuál?
SI	EBANJELIO
¿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	SALUD PÚBLICA	
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
NO		
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
NO NADA		
Observaciones		
NIÑO SANO		

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 09:57:28

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna