

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
KARINA ANGELICA MONTERO LOPEZ	153270767	HIJOSCARVAJALMONTERO24@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24480393-8	SEGUNDO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CARVAJAL	MONTERO	PRISCILA TABITA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
12-12-2013	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
SAN IGNACIO DE LOYOLA 999 DEPTO G42		SANTIAGO
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	989256002	HIJOSCARVAJALMONTERO24@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
KARINA MONTERO	MADRE	989256002
HEBERT CARVAJAL	PADRE	989256002
ASTRID CARVAJAL	HERMANO/A	936855686
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO WILLIS HOOVER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
134635428	HEBERT CARVAJAL TELLO	981390442
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
HEBERT.CARVAJAL@ATLASCOPCO.COM	SUPERIOR COMPLETA	SAN IGNACIO DE LOYOLA 999 DEPTO. G42
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
INGENIERO ELECTRICO	ATLAS COPCO	AV. EL RETIRO 1270

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
153270767	KARINA MONTERO LOPEZ	989256002
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
HIJOSCARVAJALMONTERO24@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	SAN IGNACIO DE LOYOLA 999 G42
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
153270767	KARINA MONTERO LOPEZ	989256002

Correo Electrónico	Género	Estado Civil
HIJOSCARVAJALMONTERO24@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	SAN IGNACIO DE LOYOLA 999 G42	
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
MADRE	KARINA MONTERO LOPEZ
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: 21-12-2020 09:10:42

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna