

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
DANIELA MONARDEZ	18053787-2	DANIELA.MONARDEZ.M@GMAIL.CO M

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25052720-9	KINDER 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
PAREDES	MONARDEZ	EUNICE ISIDORA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
24-07-2015	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
PASAJE MAILEN 01061 DEPTO 201B		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	997161742	DANIELA.MONARDEZ.M@GMAIL.CO M
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
DANIELA	MADRE	997161742
ABNER	PADRE	981883112
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO EDEN	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15918090-5	ABNER JOSUE PAREDES NAVARRO	981883112
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
ABNER.PAREDES7@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	PASAJE MAILEN 01061 DEPTO 201B
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
CONSTRUCTOR CIVIL		

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
18053787-2	DANIELA ABIGAIL MONARDEZ MALDONADO	997161742
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
DANIELA.MONARDEZ.M@GMAIL.CO M	SUPERIOR INCOMPLETA	PASAJE MAILEN 01061 DEPTO 201B
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
18053787-2	DANIELA ABIGAIL MONARDEZ	997161742

	MALDONADO	
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
DANIELA.MONARDEZ.M@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR INCOMPLETA	PASAJE MAILEN 01061 DEPTO 201B	
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	DANIELA ABIGAIL MONARDEZ MALDONADO
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 10:58:32

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna