

# FICHA DE MATRÍCULA

## Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
YOCELYN TIZNADO TAPIA	170267907	YOCELYNTIZNADO@GMAIL.COM

## Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23432497-7	QUINTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CONTRERAS	TIZNADO	JOAQUIN ABRAHAM
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
22-09-2010	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
PADRE HURTADO 9195		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	967363924	YOCELYNTIZNADO@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
YOCELYN TIZNADO	MADRE	967363924
DAVID QUIROZ	OTRO	976968726
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

## Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
180806466	RUBEN IGNACIO CONTRERAS ZENTENO	994055032
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
	MEDIA COMPLETA	
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
VENDEDOR	WOM	

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
170267907	YOCELYN TIZNADO TAPIA	967363924
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
YOCELYNTIZNADO@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	PADRE HURTADO 9195
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
BACK OFFICE	WOM	

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
170267907	YOCELYN VANESSA TIZNADO TAPIA	967363924
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
YOCELYNTIZNADO@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO

Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	PADRE HURTADO 9195	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
WOM		

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGELICA DESCARREADA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	YOCELYN TIZNADO TAPIA
Observaciones	
SI NO VOY YO IRA MI PAREJA SIEMPRE CON COMUNICACION DE POR MEDIO Y LLAMADO TELEFONICO	

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 08:26:06

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna