



SAVKA DANAЕ  
FERNÁNDEZ  
LARRAÍN



CHRISTIAN ANTHUAN  
ROSAS FERNANDEZ

## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
SAVKA FERNÁNDEZ	19.443.271-2	SAVKA.DFL@GMAIL.COM

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23909450-3	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ROSAS	FERNANDEZ	CHRISTIAN ANTHUAN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
27-03-2012	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
AVENIDA EL PARRON #0677		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	974828055	SAVKA.DFL@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
SAVKA	MADRE	974828055
CRISTIAN	PADRE	974884796
MIREYA	ABUELO/A	991372660
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
166972035	CRISTIAN ADOLFO ELADIO ROSAS QUINTREQUEO	974884796
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
CHRISTIANROSAS@HOTMAIL.ES	MEDIA COMPLETA	AV. EL PARRON
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
19.443.271-2	SAVKA DANAЕ FERNÁNDEZ LARRAÍN	974828055
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
SAVKA.DFL@GMAIL.COM	SUPERIOR INCOMPLETA	AV. EL PARRÓN 0677
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
19.443.271-2	SAVKA DANAE FERNÁNDEZ LARRAÍN	974828055
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
SAVKA.DFL@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR INCOMPLETA	AV. EL PARRÓN 0677	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	SAVKA FERNÁNDEZ
Observaciones	
HAY OCASIONES, DONDE SU ABUELA LO VA A BUSCAR (MIREYA LARRAIN)	

## 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	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Manual de Convivencia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Reglamento Interno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Plan de Formación Ciudadana	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Firma del Padre o Madre

Firma del Apoderado

Fecha: 21-12-2020 07:13:03

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna