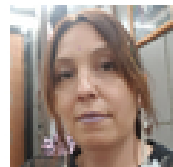
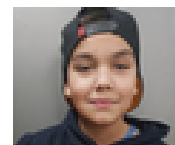




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



PAMELA ESTER
PEREZ LOPEZ



DERRICK EMILIANO
MUÑOZ PEREZ

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23098064-0	SÉPTIMO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
MUÑOZ	PEREZ	DERRICK EMILIANO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
07-08-2009	SANTIAGO	CHILE
Domicilio		Comuna
YUCATAN 02044		LO ESPEJO
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	989531039	EYDES.ANILLADOS@HOTMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
DANIEL MUÑOZ	PADRE	989531039
PAMELA PEREZ	PADRE	225222509
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	WILLIS HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
10487312-K	DANIEL ANDRES MUÑOZ AGUILERA	989531039
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
EYDES.ANILLADOS@HOTMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	YUCATAN, 02044
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
GRAFICO	DOMICILIO	YUCATAN

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13492715-1	PAMELA ESTER PEREZ LOPEZ	945237731
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
EYDES.ANILLADOS@HOTMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	YUCATAN, 02044
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
GRAFICO	DOMICILIO	YUCATAN

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
13492715-1	PAMELA ESTER PEREZ LOPEZ	945237731
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
EYDES.ANILLADOS@HOTMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	YUCATAN, 02044	GRAFICO
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
DOMICILIO	YUCATAN	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
NO	NINGUNA	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
PADRE	DANIEL MUÑOZ AGUILERA	
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		989531039
¿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
Manual de Convivencia	_____ SI
Reglamento Interno	_____ SI
Plan de Formación Ciudadana	_____ SI

_____ NO
_____ NO
_____ NO
_____ NO

Firma del Padre o Madre

Firma del Apoderado

Fecha: 16-12-2021 23:33:52

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna