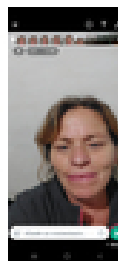
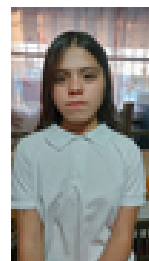




COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna



VANESSA LEONOR  
VÁSQUEZ ORELLANA



RUTH MAGDALENA  
SUAREZ VÁSQUEZ

## FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23208635-1	SÉPTIMO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
SUAREZ	VÁSQUEZ	RUTH MAGDALENA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
16-12-2009	SANTIAGO	CHILE
Domicilio		Comuna
PASAJE MACHALY 02589 CLARA ESTRELLA		LO ESPEJO
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	974659898	VASQUEZORELLANAVANESSA@GM AIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
LEANDRO SUAREZ VÁSQUEZ	HERMANO/A	937167375
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
SÓLO MADRE	CIENTRO 33	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
.....	.....	0
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
VASQUEZORELLANAVANESSA@GM AIL.COM	NINGUNO	.....
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
.....	.....	.....

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
11.524.191-5	VANESSA LEONOR VÁSQUEZ ORELLANA	974659898
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
VASQUEZORELLANAVANESSA@GMAIL.COM	MEDIA INCOMPLETA	PASAJE MACHALY 02589 CLARA ESTRELLA LO ESPEJO
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DUEÑA DE CASA	CASA	PASAJE MACHALY 02589 CLARA ESTRELLA LO ESPEJO

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
11.524.191-5	VANESSA LEONOR VÁSQUEZ ORELLANA	974659898
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
VASQUEZORELLANAVANESSA@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA INCOMPLETA	PASAJE MACHALY 02589 CLARA ESTRELLA LO ESPEJO	DUEÑA DE CASA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
CASA	PASAJE MACHALY 02589 CLARA ESTRELLA LO ESPEJO	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	EVANGELICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
OTRO	CONSUELO (NUERA)	
Observaciones		
NO PUEDE RETIRAR EL PADRE ( RODRIGO SUAREZ)		

## 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: 21-12-2021 10:32:49

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna