



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Carmen Gloria Orellana	17255676-0	krmenglo@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22403164-5	OCTAVO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Lorca	Orellana	Alaniz Krishna
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
23-05-2007	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
5 oriente 6455		Lo Espejo
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	936689251	krmenglo@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Luisa	ABUELO/A	976194343
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Rosa Marckmann	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
Fallecido		
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17255676-0	Carmen Gloria Orellana	936689251
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
krmenglo@gmail.com	SUPERIOR INCOMPLETA	5 oriente 6555, Lo Espejo
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Administrador de empresas	Cesante	
---------------------------	---------	--

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
17255676-0	Carmen Gloria Orellana Santana	936689251
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
krmenglo@gmail.com	Femenino	Soltero
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR INCOMPLETA	5 oriente 6455, lo espejo	Administrador de empresas
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Cesante		

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Cristiana
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
OTRO	Nadie
Observaciones	
Se va sola	

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		
No puede tomar medicamento Nefersil o Colmax que su componente es un analgésico llamado Clonixinato de Lisina		

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: 19-12-2020 16:12:28

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

