

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
ANA BARBARA GUTBERLET NAVARRO	201911664	ANAGUTBERLET65@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25417226-K	KINDER 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
VERGARA	GUTBERLET	MATILDA MONSERRAT
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
17-06-2016	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
GRAN AVENIDA #8117		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	930650069	ANAGUTBERLET65@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ANA MARÍA NAVARRO	ABUELO/A	933191710
SERGIO NAVARRO	TIO/A	974132573
ÍNGRID NAVARRO	TIO/A	978182191
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
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
20.191.166-4	ANA BARBARA GUTBERLET NAVARRO	930650069
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
ANAGUTBERLET65@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	GRAN AVENIDA #8117 LA CISTERNA
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
20.191.166-4	ANA BARBARA GUTBERLET NAVARRO	930650069

Correo Electrónico	Género	Estado Civil
ANAGUTBERLET65@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	GRAN AVENIDA #8117 LA CISTERNA	
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	ANA BARBARA GUTBERLET NAVARRO ( MADRE) Y TAMBIÉN LOS TÍOS Y LA ABUELA
Observaciones	
EL PADRE NO ESTA AUTORIZADO DE RETIRAR A LA ALUMNA DEL ESTABLECIMIENTO (GUILLERMO MATÍAS VERGARA GONZÁLEZ )	

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: 26-02-2021 12:44:09

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna