



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
PAMELA BELTRAN VARGAS	19.456.043-5	PAME.BEL2529@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24523015-K	SEGUNDO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
PARRA	BELTRÁN	CRISTÓBAL ALONSO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
29-01-2014		CHILE?
Domicilio		Comuna
PLAZA CASTELAR #01190		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	964268510	PAME.BEL2529@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
PAMELA BELTRAN	MADRE	964268510
PABLO PARRA	PADRE	90706692
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO HOOVER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13.476.660-3	PABLO PARRA ZAMORANO	90706692
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
PABLOPARRAZ@HOTMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	PLAZA CASTELAR #01190
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
COMUNICACIÓN AUDIOVISUAL	INDEPENDIENTE	

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
19.456.043-5	PAMELA BELTRAN VARGAS	964268510
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
PAME.BEL2529@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	PLAZA CASTELAR#01190
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DUEÑA DE CASA		

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
19.456.043-5	PAMELA BELTRAN VARGAS	964268510
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
PAME.BEL2529@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión

MEDIA COMPLETA	PLAZA CASTELAR #01190	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
DUEÑA DE CASA		

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	
Observaciones	
EN CASO DE QUE LE TENGA FURGÓN LE INFORMARE QUIEN LO RETIRA.	

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: 21-12-2020 09:41:33

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna