



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

| | | |
|----------------|------------|-------------------------|
| Nombre | RUN | Correo Electrónico |
| Samuel Vasquez | 13365492-5 | samueltasquez@gmail.com |

Datos del Estudiante

| | | |
|-------------------------------------|--|--------------------|
| RUN | Curso | |
| 13365492-5 | KINDER 2021 | |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres |
| | Vasquez | Samuel |
| Fecha de Nacimiento | Ciudad Nacimiento | Nacionalidad |
| | San Miguel | |
| Domicilio | Comuna | |
| | | |
| Género | Teléfono | Correo Electrónico |
| | | |
| Teléfonos de contacto y/o urgencias | Nombre | Número |
| | | |
| | | |
| | | |
| Colegio de Procedencia | ¿Con quien vive el niño? | |
| | | |
| ¿Repite curso? | ¿Presenta Necesidades Educativas Especiales? | |
| | | |

Datos del Padre

| | | |
|--------------------|------------------|----------------------|
| RUN | Nombre | Teléfono |
| | | |
| Correo Electrónico | Nivel Educativo | Dirección |
| | | |
| Profesión | Lugar de Trabajo | Dirección de Trabajo |
| | | |

Datos de la Madre

| | | |
|-----|--------|----------|
| RUN | Nombre | Teléfono |
| | | |

| | | |
|--------------------|------------------|----------------------|
| Correo Electrónico | Nivel Educativo | Dirección |
| | | |
| Profesión | Lugar de Trabajo | Dirección de Trabajo |
| | | |

Datos del Apoderado

| | | |
|---------------------------------|----------------------|--------------|
| Vínculo que lo une al alumno(a) | ¿Vive con el niño? | |
| | | |
| RUN | Nombre | Teléfono |
| | | |
| Correo Electrónico | Género | Estado Civil |
| | | |
| Nivel Educativo | Dirección | Profesión |
| | | |
| Lugar de Trabajo | Dirección de Trabajo | |
| | | |

Datos Adicionales

| | |
|--|---------------------------|
| ¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión? | ¿Cuál? |
| | |
| ¿Quién retira a su hijo del Establecimiento? | Indique nombre y apellido |
| | |
| 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 |
| | | |
| ¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial? | ¿Cuál? | |
| | | |
| Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio | | |
| | | |
| Observaciones | | |
| | | |

Ficha del Padre o Madre

Ficha del Apoderado

Fecha: 13-12-2020 22:55:24

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna