







IVAN ANDRES ENCINA MONTENEGRO

# FICHA DE MATRÍCULA

#### **Datos del Solicitante**

Nombre	RUN	Correo Electrónico
CECILIA MONTENEGRO MARIN	133375880	CBMONT@GMAIL.COM

#### **Datos del Estudiante**

RUN	Curso	
24690194-5	PRIMERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ENCINA	MONTENEGRO	IVAN ANDRES
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
21-07-2014	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
NUEVA ORIENTE 9357		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	950626703	CBMONT@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CECILIA MONTENEGRO	MADRE	950626703
MIGUEL ENCINA	PADRE	957726710
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

#### **Datos del Padre**

RUN	Nombre Completo	Teléfono
134988924	MIGUEL ELIZAR ENCINA ILLANES	957726710
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
MIGENCI@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	NUEVA ORIENTE 9357
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

### **Datos de la Madre**

RUN	Nombre Completo	Teléfono
133375880	CECILIA BETZABE MONTENEGRO MARIN	950626703
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
CBMONT@GMAIL.COM	SUPERIOR INCOMPLETA	NUEVA ORIENTE 9357
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
	ESTUDIO CONTABLE	LOS ANDES 016 SAN BERNARDO

# **Datos del Apoderado**

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
	CECILIA BETZABE MONTENEGRO MARIN	950626703
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
CBMONT@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR INCOMPLETA	NUEVA ORIENTE 9357	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
ESTUDIO CONTABLE	LOS ANDES 016 SAN BERNARDO	

#### **Datos Adicionales**

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGELICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	CECILIA MONTENEGRO
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
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 Manual de Convivencia Reglamento Interno Plan de Formación Ciudadana	SI SI SI	NO NO NO
Firma del Padre o I	Madre	Firma del Apoderado

Fecha: 21-12-2020 10:37:41

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna