



COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna

## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Diego Gonzalez	17663549-5	diego.gonzalez.bhc@gmail.com

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23754004-2	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
GONZALEZ	CASTRO	DIEGO BENJAMIN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
23-09-2011	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Chapal 02555		Lo Espejo
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	978802916	Lesliecastro894@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Loreley Contador	ABUELO/A	999876368
Leslie Castro	MADRE	978802916
Diego Gonzalez	PADRE	953679572
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
colegio willis hoover	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17663549-5	DIEGO HUMBERTO GONZALEZ CONTADOR	953679572
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
diego.gonzalez.bhc@gmail.com	MEDIA INCOMPLETA	chapal 02555, Lo Espejo
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
	Dafiti	La martina 455, Pudahuel

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
18.054.525-5	Leslie Vanessa Castro Aranda	999876368
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
lesliecastro894@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Alcalde pedro alarcón 851, San Miguel

Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
	Escuela Clara estrella	Valparaíso 6990, Lo Espejo

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
18.054.525-5	Leslie Vanessa Castro Aranda	999876368
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
lesliecastro894@gmail.com	Femenino	Soltero
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Icalde pedro alarcón 851, San Miguel	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Escuela Clara Estrella	Valparaíso 6990, Lo Espejo	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
OTRO	
Observaciones	
Puede que contratemos un servicio de furgon	

## 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
SI	BiceVida	
¿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: 19-12-2020 13:09:32

