



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Dámaris Seguin González	12.119.688-3	damarisseguin@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23168886-2	SEXTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
FALCON	SEGUIN	SOFIA ELIZABETH
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
12-11-2009	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Avenida General Freire 243 Depto 37		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	999445013	damarisseguin@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Dámaris Seguin	MADRE	999445013
Abraham Falcón	PADRE	995972680
Ana González	ABUELO/A	931995548
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Colegio Willis Hoover	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
9498148-4	Abraham Eduardo Falcón Arce	995972680
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
afalcon.arce@gmail.com	SUPERIOR INCOMPLETA	Av. General Freire 243 Depto 37
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Contador	Independiente	Av. General Freire 243 Depto 37

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
12119688-3	Dámaris Tatiana Seguin González	999445013
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
damarisseguin@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	Av. General Freire 243 Depto 37
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
12119688-3	Dámaris Tatiana Seguin González	999445013
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
damarisseguin@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	Av. General Freire 243 Depto 37	Ingeniero Civil en Obras Civiles
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Independiente	Av. General Freire 243 Depto 37	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Evangélica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
PADRE	Abraham Falcón Arce
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	_____ 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: 17-12-2020 16:32:49

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

