



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



Gloria Villagrán B.
15.889.976-0

GLORIA VALESKA
VILLAGRAN BAEZA



Zoe Soto Villagrán
23.818.534-3

ZOE PAZ SOTO
VILLAGRAN

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

| Nombre | RUN | Correo Electrónico |
|------------------------|------------|-------------------------|
| GLORIA VILLAGRAN BAEZA | 15889976-0 | GLORIAVALESKA@GMAIL.COM |

Datos del Estudiante

| RUN | Curso | |
|-------------------------------------|--|-------------------------|
| 23818534-3 | CUARTO BÁSICO 2021 | |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres |
| SOTO | VILLAGRAN | ZOE PAZ |
| Fecha de Nacimiento | Ciudad Nacimiento | País de Origen |
| 12-12-2011 | SANTIAGO | CHILE? |
| Domicilio | | Comuna |
| INES DE SUAREZ 6445 | | LO ESPEJO |
| Género | Teléfono | Correo Electrónico |
| FEMENINO | 2147483647 | GLORIAVALESKA@GMAIL.COM |
| Teléfonos de contacto y/o urgencias | | |
| Nombre | Parentesco | Número |
| GLORIA VILLAGRAN | MADRE | 2147483647 |
| ANA BAEZA | ABUELO/A | 2147483647 |
| | | |
| 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 |
|------------------------|-----------------------------|----------------------|
| 14194039-2 | HECTOR ENRIQUE SOTO MORENO | 2147483647 |
| Correo Electrónico | Nivel Educativo | Dirección |
| H_SOTO_M@HOTMAIL.COM | MEDIA COMPLETA | |
| Profesión | Lugar de Trabajo | Dirección de Trabajo |
| TECNICO TRABAJO SOCIAL | MUNICIPALIDAD DE LA FLORIDA | |

Datos de la Madre

| RUN | Nombre Completo | Teléfono |
|-------------------------|--------------------------------|--|
| 15889976-0 | GLORIA VALESKA VILLAGRAN BAEZA | 2147483647 |
| Correo Electrónico | Nivel Educativo | Dirección |
| GLORIAVALESKA@GMAIL.COM | SUPERIOR COMPLETA | INES DE SUAREZ 6445 LO ESPEJO |
| Profesión | Lugar de Trabajo | Dirección de Trabajo |
| CONTADORA AUDITORA | MUNICIPALIDAD DE LO ESPEJO | AV. CENTRAL R.SILVA HENRIQUEZ 8321 LO ESPEJO |

Datos del Apoderado

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

| | | |
|---------------------------------|---|------------------|
| Vínculo que lo une al alumno(a) | ¿Vive con el niño? | |
| MADRE | SI | |
| RUN | Nombre Completo | Teléfono |
| 15889976-0 | GLORIA VALESKA VILLAGRAN BAEZA | 2147483647 |
| Correo Electrónico | Género | Estado Civil |
| GLORIAVALESKA@GMAIL.COM | FEMENINO | SEPARADO |
| Nivel Educacional | Dirección | Profesión |
| SUPERIOR COMPLETA | INES DE SUAREZ 6445 LO ESPEJO | CONTADOR AUDITOR |
| Lugar de Trabajo | Dirección de Trabajo | |
| MUNICIPALIDAD DE LO ESPEJO | AV.CENTRAL R.SILVA HENRIQUEZ 8321 LO ESPEJO | |

Datos Adicionales

| | |
|--|---------------------------|
| ¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión? | ¿Cuál? |
| SI | EVANGELICA |
| ¿Quién retira a su hijo del Establecimiento? | Indique nombre y apellido |
| ABUELO/A | AQUILES VILLAGRAN MOREL |
| 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 | | 2147483647 |
| ¿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 07:51:22

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna