



SOLANGE ELIZABETH  
GARCIA GAJARDO



JOSEFA EMILIA  
ESPINOZA GARCIA

## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
SOLANGE GARCIA	14118121-1	SOLANGE_GARCIA1@HOTMAIL.COM

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23658484-4	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ESPINOZA	GARCIA	JOSEFA EMILIA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
31-05-2011	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
OCTAVA AVENIDA 1161 DEPTO 307		SAN MIGUEL
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	2147483647	JOSEFA.ESPINOZA3105@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
JOHANA GARCIA	TIO/A	2147483647
ADRIANA GAJARDO	ABUELO/A	232544129
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

### Datos del Padre

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

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14118121-1	SOLANGE ELIZABETH GARCIA GAJARDO	2147483647
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
SOLANGE_GARCIA1@HOTMAIL.COM	SUPERIOR INCOMPLETA	OCTAVA AVENIDA 1161 DEPTO 307, SAN MIGUEL
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
CONTADOR	IPSOS CHILE	AVDA PEDRO DE VALDIVIA 555 PISO 7 PROVIDENCIA

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
14118121-1	SOLANGE ELIZABETH GARCIA GAJARDO	2147483647
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
SOLANGE_GARCIA1@HOTMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR INCOMPLETA	OCTAVA AVENIDA 1161 DEPTO 307, SAN MIGUEL	CONTADOR
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
IPSOS CHILE	AVDA PEDRO DE VALDIVIA 555 PISO 7 PROVIDENCIA	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGELICOS
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	SOLANGE GARCIA
Observaciones	
HASTA EL AÑO PASADO SE RETIRABA EN FURGÓN, TÍO SEBASTIAN.	

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		223625555
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
NO		
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
ELLA NECESITA IR AL BAÑO CONSTANTEMENTE PORQUE DE LO CONTRARIO HACE INFECCIONES URINARIAS		
Observaciones		
EN CASO DE URGENCIA FAVOR LLEVARLA A LA CLÍNICA INDISA		

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 07:45:41

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna