



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Paola Santos	14.121.899-9	belen.vergarasantos@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23920421-k	TERCERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
FUENTES	SANTOS	MANUEL ESTEBAN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
03-04-2012	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
ines rivas #01282		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	953690070	belen.vergarasantos@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Paola Santos	MADRE	953690070
Manuel Fuentes	PADRE	983926268
Noemi Vergara	HERMANO/A	979623778
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Dr. Willis Hoover. Kurt	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
125036910	Manuel Alejandro Fuentes Soto	983926268
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
manufuent08@hotmail.com	MEDIA COMPLETA	ines rivas 1282
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
maestro prencista grafico	jordan	

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
141218999	Paola Andrea Santos Goñi	953690070
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
paola.andreasg76@gmail.com	MEDIA COMPLETA	ines rivas 1282
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

tecnico en marketing		
----------------------	--	--

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
141218999	Paola Andrea Santos Goñi	953690070
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
paola.andreasg76@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	ines rivas 1282	tecnico en marketing
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

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	Paola Andrea Santos Goñi
Observaciones	
Puede ser madre, padre o hermanos.	

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: 15-12-2020 21:24:29

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

