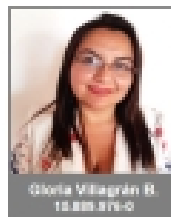
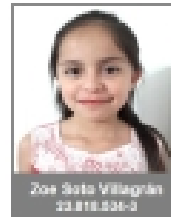




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



GLORIA VALESKA
VILLAGRAN BAEZA



ZOE PAZ SOTO
VILLAGRAN

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23818534-3	QUINTO BÁSICO 2022	
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	984871682	GLORIAVALESKA@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
GLORIA VILLAGRAN	MADRE	984871682
ANA BAEZA	ABUELO/A	990583875
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
SÓLO MADRE	COLEGIO WILLIS HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14194039-2	HECTOR ENRIQUE SOTO MORENO	12341234
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
H_SOTO_M@HOTMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	SIN ANTECEDENTES
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TECNICO TRABAJO SOCIAL	MUNICIPALIDAD DE LA FLORIDA	SIN ANTECEDENTES

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15889976-0	GLORIA VALESKA VILLAGRAN BAEZA	984871682
Correo Electrónico	Nivel Educacional	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	984871682
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
GLORIAVALESKA@GMAIL.COM	FEMENINO	DIVORCIADO
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?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	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		
¿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
Manual de Convivencia	_____ SI
Reglamento Interno	_____ SI
Plan de Formación Ciudadana	_____ SI

_____ NO
_____ NO
_____ NO
_____ NO

Firma del Padre o Madre

Firma del Apoderado

Fecha: 13-12-2021 18:46:05

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna