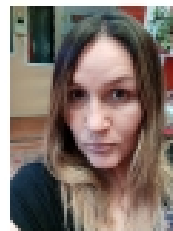
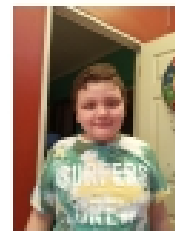




COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna



KAREN CONTRERAS  
SALDÍAS



CRISTOBAL JAVIER  
CIFUENTES  
CONTRERAS

## FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23791367-1	QUINTO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CIFUENTES	CONTRERAS	CRISTOBAL JAVIER
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
03-11-2011	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
HERMANOS MARIN #0745		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	999313562	KACONTRERAS@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
KAREN CONTRERAS	MADRE	999313562
MARÍA SALDÍAS	ABUELO/A	225596882
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
SÓLO MADRE	WILLIE HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14362688-1	CARLOS CIFUENTES TORRES	938953758
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
CANDRIUS27@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	SALVADO GUTIERREZ 7399
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TÉCNICO MÉCANICO	INDEPENDIENTE	NO APLICA

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14318552-4	KAREN CONTRERAS SALDÍAS	999313562
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
KACONTRERAS@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	HERMANOS MARIN 0745, LA CISTERNA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
PSOCIOLOGA	TEAM WORK	LA CONCEPCIÓN 141, PROVIDENCIA

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
14318552-4	KAREN CONTRERAS SALDÍAS	999313562
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
KACONTRERAS@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	HERMANOS MARÍN 0745, LA CISTERNA	PSOCIOLOGA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
TEAM WORK	LA CONCEPCIÓN 141, PROVIDENCIA	

## Datos Adicionales

¿ Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	EVANGÉLICA
¿ Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
ABUELO/A	MARÍA SALDÍAS	
Observaciones		
PUEDE SER RETIRADO POR SU ABUELA O ABUELO JUAN CARLOS TAFFO MORAGA		

## 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
SI	PUC	
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
NO		
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
Observaciones		
EN CASO DE EMERGENCIA PUEDE SER LLEVADO A LA URGENCIA DE LA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA, DÁVILA, BICENTENARIO, U. DE CHILE, DONDE TIENE COBERTURA.		

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: 12-12-2021 15:20:47

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna