

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
IVONNE MARLENE SANTANA MONTAÑO	19420262-8	IVONNE.SANTANA2710@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25025452-0	KINDER 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
OCAMPO	SANTANA	ANTONELLA AMANDA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
27-06-2015	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
ARTAVIA 0343		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	945953431	IVONNE.SANTANA2710@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CASA MAMÁ	OTRO	225589836
MAITE SANTANA	TIO/A	949927638
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO CATÓLICO JUANITA FERNÁNDEZ SOLAR	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
19420262-8	IVONNE MARLENE SANTANA MONTAÑO	945953431
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
IVONNE.SANTANA2710@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	ARTAVIA 0343
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DUEÑA DE CASA	CASA	ARTAVIA 0343

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
19420262-8	IVONNE MARLENE SANTANA MONTAÑO	945953431

Correo Electrónico	Género	Estado Civil
IVONNE.SANTANA2710@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	ARTAVIA 0343	DUEÑA DE CASA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
CASA	ARTAVIA 0343	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	
Observaciones	
RETIRARÁ A LA NIÑA LA MADRE O LA TÍA MAITE SANTANA MONTAÑO.	

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		
FOTOS SERÁN ENVIADAS A CORREO ELECTRÓNICO.		

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: 22-12-2020 12:34:18

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna