



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Judith Barrientos Figueroa	13711064-4	judith.barrientos.f@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22963058-k	SÉPTIMO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CASTRO	BARRIENTOS	TOMÁS EDUARDO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
09-03-2009	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
ANGEL BUGUEÑO N°8336		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	975270897	castrobarrientost@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Judith Barrientos	MADRE	983219938
Marcelo Castro	PADRE	966180443
Camila Barrientos	TIO/A	950562126
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14083051-8	Marcelo Castro Rivera	966180443
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
mcastro@worldtransport.cl	SUPERIOR COMPLETA	Angel Burgueño 8336, La Cisterna
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Ingeniero en Comercio Internacional	World Transport	Madrid 1224, Santiago

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13711064-4	Judith Barrientos Figueroa	983219938
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
judith.barrientos.f@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Angel Burgueño 8336, La Cisterna
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
13711064-4	Judith Barrientos Figueroa	983219938
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
judith.barrientos.f@gmail.com	Femenino	Soltero
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Angel Burgueño 8336, La Cisterna	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	Judith Barrientos Figueroa
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?	
SI	Asma	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
inhalador antes de actividad física		
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: 17-12-2020 12:26:36

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna