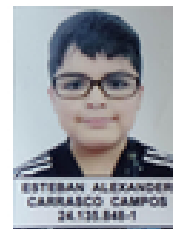




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



ELIZABETH ROSA
SANHUEZA CARRERA



ESTEBAN
ALEXANDER
CARRASCO CAMPOS

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24135846-1	CUARTO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CARRASCO	CAMPOS	ESTEBAN ALEXANDER
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
06-12-2012	SANTIAGO	CHILE
Domicilio	Comuna	
SAN SIMON 0814	LA CISTERNA	
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	996766513	ROMINA15ALEJANDRA@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ELIZABETH SANHUEZA	ABUELO/A	986107058
FERNANDO CARRASCO	PADRE	936542897
JOSELIN VARGAS	TIO/A	966817949
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
SÓLO PADRE	COLEGIO BASE EL BOSQUE	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16719529-6	FERNANDO ANDRES CARRASCO SANHUEZA	936542897
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
FERNANDOCARRASCO345@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	SAN SIMON 0814
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
MEDIA COMPLETA	MUEBLES JERK	LOS PALTOS 2769

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17337526-4	CAROLINA JUDITH CAMPOS ACOSTA	930317707
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
ROMINA15ALEJANDRA@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	AUGUSTO D'HALMAR 329
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TEC. ENFERMERIA	HOSPITAL SAN JOSE	SAN JOSE 1196, INDEPENDENCIA

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
ABUELO/A	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
11670104-9	ELIZABETH ROSA SANHUEZA CARRERA	986107058
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
ROMINA15ALENADRA@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
BÁSICA INCOMPLETA	SAN SIMON 0814	DUEÑA DE CASA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
DUEÑA DE CASA	SAN SIMON 0814	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
NO	NINGUNA	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
ABUELO/A	ELIZABETH SANHUEZA	
Observaciones		
TAMBIÉN RETIRA, JOSELIN VARGAS(TÍA)		

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: 20-12-2021 19:54:06

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna