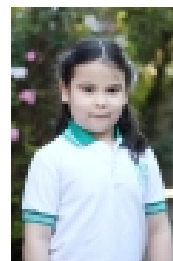




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



DANIELA ABIGAIL
MONARDEZ
MALDONADO



EUNICE ISIDORA
PAREDES
MONARDEZ

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25052720-9	PRIMERO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
PAREDES	MONARDEZ	EUNICE ISIDORA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
24-07-2015	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
PASAJE MAILEN 01061 DEPTO 201B		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	997161742	DANIELA.MONARDEZ.M@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
DANIELA	MADRE	997161742
ABNER	PADRE	981883112
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	COLEGIO EDEN	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15918090-5	ABNER JOSUE PAREDES NAVARRO	981883112
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
ABNER.PAREDES7@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	PASAJE MAILEN 01061 DEPTO 201B
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
CONSTRUCTOR CIVIL	MAESTRA CONSTRUCCIONES	

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
18053787-2	DANIELA ABIGAIL MONARDEZ MALDONADO	997161742
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
DANIELA.MONARDEZ.M@GMAIL.CO M	SUPERIOR INCOMPLETA	PASAJE MAILEN 01061 DEPTO 201B
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
18053787-2	DANIELA ABIGAIL MONARDEZ MALDONADO	997161742
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
DANIELA.MONARDEZ.M@GMAIL.CO M	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR INCOMPLETA	PASAJE MAILEN 01061 DEPTO 201B	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

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	
MADRE	DANIELA ABIGAIL MONARDEZ MALDONADO	
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 09:21:53

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna