



## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Martin andres Muñoz medina	23311783-8	janrrymedina2020@gmail.com

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23311783-8	QUINTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
MUÑOZ	MEDINA	MARTIN ANDRES
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
02-05-2010		Chile?
Domicilio		Comuna
Dolores#9425		San Ramón
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	2147483647	janrrymedina2020@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
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
13835944-1	Rodrigo andres Muñoz sobarzo	2147483647
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
rodrigococho2018@gmail.com	MEDIA INCOMPLETA	Dolores#9425
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
	Lavado de auto	Fernandez albano 892

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16 476920-8	Soledad alejandra medina ortega	2147483647
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
janrrymedina2020@gmail.com	MEDIA INCOMPLETA	Dolores#9425
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
16476920-8	Soledad alejandra medina ortega	2147483647
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
janrrymedina2020@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Dolores#9425	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Lavado de auto	Fernandez albano 892	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Evangelica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
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	_____ 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: 19-12-2020 14:43:44

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

