

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
EVELYN SUAREZ	154561374	DAMARIS.56782@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22505478-9	OCTAVO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
MUÑOZ	SUAREZ	SARAI DEBORA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
21-09-2007	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio	Comuna	
PJE INTERIOR B 7589 D 203	LA FLORIDA	
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO		
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
EVELYN	MADRE	972720993
CRISTIAN	PADRE	991539253
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
WILLIS HOWER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
135633550	CRISTIAN GUILLERMO MUÑOZ GONZALEZ	991539253
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
CRISTIAN.56782@GMAIL.COM	BÁSICA COMPLETA	JULIO CÉSAR 1072
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
SEPULTURERO	CEMENTERIO GENERAL	ZAÑARTU

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15456137- 4	EVELYN YAMILET SUAREZ REBOLLEDO	
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
	MEDIA COMPLETA	M LUIS LO ESPEJO
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ASEO	CEMENTERIO GENERAL	ZAÑARTU

Datos del Apoderado

--	--	--

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
15456137-4	EVELYN YAMILET SUAREZ REBOLLEDO	229102629
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
DAMARIS.56782@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	MARÍA LUISA BOMBAL 8250	DUEÑA DE CASA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
CEMENTERIO GENERAL	ZAÑARTU	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	CRISTIANA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	EVELYN SUAREZ
Observaciones	
EN CASO DE NO PODER IR LLAMARÉ CON ANTERIORIDAD PARA INDICAR NOMBRE DE LA PERSONA QUE LO HARA	

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: 21-12-2020 01:10:49

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna