

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
DAYANA BELÉN CAVIERES MUNDACA	19417764-K	DAYANACAVIERES@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24743311-2	PRIMERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
TRANAMIL	CAVIERES	DERIAN ALONSO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
08-09-2014	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
DON GUSTAVO 0356		LO ESPEJO
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	935764350	DAYANACAVIERES@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
DAYANA CAVIERES	MADRE	935764350
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO HOOVER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
191899091	ABRAHAM TRANAMIL LÓPEZ	930727305
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
DAYANACAVIERES@GMAIL.COM	BÁSICA COMPLETA	DON GUSTAVO 0356 LO ESPEJO
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
19417764-K	DAYANA BELÉN CAVIERES MONDACA	935764350
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
DAYANACAVIERES@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	DON GUSTAVO 0356 LO ESPEJO
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
19417764-K	DAYANA BELÉN CAVIERES MUNDACA	935764350

Correo Electrónico	Género	Estado Civil
DAYANACAVIERES@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	DON GUSTAVO 0356 LO ESPEJO	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	DAYANA CAVIERES
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: 22-12-2020 11:46:19

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna