



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Mirta Gonzalez Illanes	13.670.59-6	mirtag26@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23807263-8	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
RIQUELME	GONZALEZ	ELIAS FELIPE
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
28-11-2011	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Mariana Castro 1139		San Ramón
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino		eliasriquemeg@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Mirta Gonzalez	MADRE	966082356
Felipe Riquelme	PADRE	931310111
Persida Illanes	ABUELO/A	91325374
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Willis Hoover	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
12.043.815-8	Felipe Riquelme Huerta	931310111
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
felipeantonio.riquelme@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	Mariana Castro 1339 San Ramon
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Ingeniero en Ad. de Empresas	Independiente	

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13.670.059-6	Mirta Gonzalez Illanes	966082356
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
mirtag26@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	
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
13.670.059-6	Mirta Gonzalez Illanes	966082356
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
mirtag26@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	Mariana Castro 1339 San Ramon	Tec. en Ad. de Empresas
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Evangelica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	Mirta Gonzalez
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: 16-12-2020 20:06:11

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

