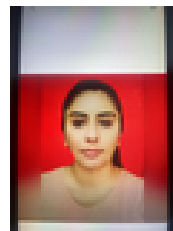
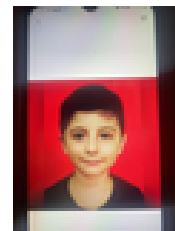




COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna



LUCY JADE GARCÍA  
ARTIAGA



DANIEL ENRIQUE  
AVILA GARCIA

## FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
100630497-0	PRIMERO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
AVILA	GARCIA	DANIEL ENRIQUE
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
27-06-2015	SANTA CRUZ BOLIVIA	BOLIVIA
Domicilio		Comuna
SAN SIMON #0814		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	955181671	JADEARTEAGAG@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ALVARO CARRASCO SANGUEZA	PADRE	955628224
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
SÓLO MADRE	NO SE ACUERDA	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
SI		

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
0000000000	NO	955181671
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
JADEARTEAGAG@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	SAN SIMON #0814
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
NO	NO	NO

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
000000000	LUCY JADE GARCÍA ARTIAGA	955181671
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
JADEARTEAGAG@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	SAN SIMON #0814
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ESTUDIANDO	NO	NO

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
0000000000000	LUCY JADE GARCÍA ARTIAGA	955181671
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
JADEARTEAGAG@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	SAN SIMON #0814	ESTUDIANDO
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
NO	NO	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	MORMON	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	LUCY JADE GARCÍA ARTIAGA	
Observaciones		
Y EL PADRASTRO-- ÁLVARO CARRASCO SANGUAZA.		

## 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: 11-08-2022 09:13:33

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna