

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
MARCO ANTONIO LARA ZAMBRANO	167196101	MARCOLARA88@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25191988-7	KINDER 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
LARA	VERGARA	MAITE AGUSTINA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
15-10-2015	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
AVENIDA EL PARRON 0677 DPTO 336		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	96624338	MARCOLARA88@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
LUNA VERGARA	MADRE	968347698
CARMEN ZAMBRANO	ABUELO/A	99385950
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
MARQUET OBANDO	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
167196101	MARCO ANTONIO LARA ZAMBRANO	996624338
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
MARCOLARA88@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	AVENIDA EL PARRÓN 0677 DPTO 336
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
SOPORTE TÉCNICO INFORMÁTICA	UNIVERSIDAD LAS AMÉRICA	REPUBLICA 71

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
182481009	LUNA ESTEFANY VERGARA BURGOS	968347698
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
LUNAVERGARA@HOTMAIL.COM	SUPERIOR INCOMPLETA	AVENIDA EL PARRÓN 0677 DPTO 336
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
AUXILIAR DE ASEO	SODEXO	SALVADOR AYENDE 85 SAN JOAQUÍN

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
PADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
167196101	MARCO ANTONIO LARA ZAMBRANO	996624338
Correo Electrónico	Género	Estado Civil

MARCOLARA88@GMAIL.COM	MASCULINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	AVENIDA EL PARRÓN 0677 DPTO 336	TÉCNICO SOPORTE INFORMÁTICA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
UNIVERSIDAD LAS AMÉRICA	REPUBLICA 71	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	RELIGIÓN EVANGÉLICO
¿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: 22-12-2020 10:23:39

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna