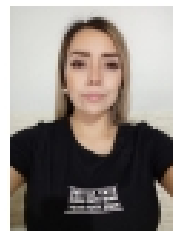
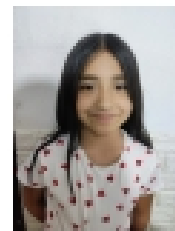




COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna



ELIZABETH  
VELASQUEZ PÉREZ



AGUSTINA ANTONIA  
VARAS VELASQUEZ

## FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24512430-9	TERCERO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
VARAS	VELASQUEZ	AGUSTINA ANTONIA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
15-01-2014	SANTIAGO	CHILE
Domicilio		Comuna
TAMPICO 7987		LO ESPEJO
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	990035686	ELIZABETH.NICOLEBETH@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ELIZABETH VELASQUEZ	MADRE	990035686
LORETO PEREZ	ABUELO/A	982743381
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
SÓLO MADRE	LA CISTERNA	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
19.237.166-K	JORGE THOMAS VARAS RAMIREZ	990035686
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
J.VARAS.R19@GMAIL.COM	BÁSICA COMPLETA	TUXPAN 7697
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
-	-	-

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
19186049-7	ELIZABETH VELASQUEZ PEREZ	990035686
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
ELIZABETH.NICOLEBETH@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	TAMPICO 7987
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
19186049-7	ELIZABETH VELASQUEZ PÉREZ	990035686
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
ELIZABETH.NICOLEBETH@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	TAMPICO 7987	-
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
-	-	

## Datos Adicionales

¿ Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	CRISTIANA
¿ Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	ELIZABETH VELASQUEZ	
Observaciones		
EN CASO DE NO PODER ACUDIR AL ESTABLECIMIENTO POR RETIRO. LO ARA MI MADRE LORETO PÉREZ YAÑEZ ABUELA MATERNA DE LA ESTUDIANTE		

## 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
SI		
¿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: 14-12-2021 23:36:28

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna