

# FICHA DE MATRÍCULA

## Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
VERÓNICA DEL CARMEN SOTO BUSTAMANTE	13199521-0	1234.KATTY@GMAIL.COM

## Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23746999-2	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
SALAZAR	SOTO	DANIEL ALEJANDRO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
17-09-2011	RANCAGUA	CHILE?
Domicilio		Comuna
CALLE NAVARRA #8446		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	993164802	1234.KATTY@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
LUIS ROLANDO SALAZAR CARO	PADRE	958966965
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO HOOVER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	SI	

## Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
12810131-4	LUIS ROLANDO SALAZAR CARO	958966965
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
1234.KATTY@GMAIL.COM	BÁSICA COMPLETA	CALLE NAVARRA #8446
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
GUARDIA DE SEGURIDAD	EDIFICIO	OCTAVA AVENIDA

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13199521-0	VERÓNICA DEL CARMEN SOTO BUSTAMANTE	993164802
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
1234.KATTY@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	CALLE NAVARRA #8446
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DUEÑA DE CASA	-	-

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
13199521-0	VERÓNICA DEL CARMEN SOTO BUSTAMANTE	993164802

Correo Electrónico	Género	Estado Civil
1234.KATTY@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	CALLE NAVARRA #8446	DUEÑA DE CASA
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	VERÓNICA DEL CARMEN SOTO BUSTAMANTE
Observaciones	
TAMBIÉN PUEDE RETIRAR SU HERMANA: CATALINA CASTRO Y EL PADRE: LUIS ROLANDO SALAZAR CARO	

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		
USA INHALADOR EN CASO SOS		

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 11:31:09

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna