



## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Tamara Vera Palma	16.416.386-5	ta.verapalma@gmail.com

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24588107-k	PRIMERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Gutierrez	Vera	Fernanda Isabel
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
	Santiago	Chile?
Domicilio	Comuna	
Chile España 7950	La Cisterna	
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	982570191	ta.verapalma@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Pablo Gutierrez	PADRE	991422315
Tamara Vera	MADRE	982570191
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16.870.953-6	Pablo Gutierrez Casanova	991422315
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
pablogutierrezcasanova@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	Chile España 7950 La Cisterna
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Ingeniero en prevención de riesgos	Mall Plaza	Américo Vespucio 1737 Huechuraba

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16.416.386-5	Tamara Vera Palma	982570191
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
ta.verapalma@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Chile España 7950 La Cisterna
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Secretaria	Sin trabajo	Sin trabajo
------------	-------------	-------------

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
16.416.386-5	Tamara Vera Palma	982570191
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
ta.verapalma@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Chile España 7950 La Cisterna	Secretaria
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Sin Trabajo	Sin Trabajo	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	Tamara Vera
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: 14-12-2020 20:53:06

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

