





MÓNICA OSSANDÓN JIMÉNEZ

HIDALGO OYANEDEL

# FICHA DE MATRÍCULA

### **Datos del Solicitante**

Nombre	RUN	Correo Electrónico
MATIAS BENJAMÍN HIDALGO	22549485-1	MBENJAHO2@GMAIL.COM
OYANEDEL		

### **Datos del Estudiante**

RUN	Curso	
22549485-1	OCTAVO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
HIDALGO	OYANEDEL	MATIAS BENJAMIN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
13-11-2007	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
SAN RAFAEL PSJE 8 Nº 1098		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	930855974	MBENJAHO2@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
MONICA OSSANDÓN JIMÉNEZ	ABUELO/A	998658987
LUIS OYANEDEL TUDESCA	ABUELO/A	974973325
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO HOOVER	ABUELOS	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

#### **Datos del Padre**

RUN	Nombre Completo	Teléfono
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

### **Datos de la Madre**

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16839592-2	CAROLINA OYANEDEL OSSANDÓN	954878219
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
COYANEDELO@RIPLEY.COM	SUPERIOR COMPLETA	SAN SEBASTIÁN # 1323
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
INGENIERA COMERCIAL	RIPLEY	HUÉRFANOS # 886

## **Datos del Apoderado**

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	

ABUELO/A	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
9306404-6	MÓNICA OSSANDÓN JIMÉNEZ	998658987
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
MOSSADON@LAARAUCANA.CL	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	PASAJE 8 # 1098, LA CISTERNA	CONTADOR AUDITOR
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
LA ARAUCANA	MERCED # 472 P-6	

### **Datos Adicionales**

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA PENTECOSTAL
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
OTRO	JULIÁN PARDO CARRIÓN
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		998658987
¿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
-	<del></del>	
Firma del Padre o Madre		Firma del Apoderado

Fecha: 20-12-2020 12:15:50

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna