



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Alejandra Quezada Soto	161474800	alejandraquezada47@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23433504-9	QUINTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
QUEZADA	QUEZADA	PEDRO JOSE
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
24-09-2010	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
México 02602		Lo Espejo
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	920210692	alejandraquezada47@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Alejandra Quezada	MADRE	920210692
Jose Quezada	ABUELO/A	92119658
Viviana Soto	ABUELO/A	975681323
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Hoover	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

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

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
161474800	Alejandra Patricia Quezada Soto	920210692
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
alejandraquezada47@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	México 02602
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
161474800	Alejandra Patricia Quezada Soto	920210692
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
alejandraquezada47@gmail.com	Femenino	Soltero
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	México 02602	Operario
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Virutex	Camino Melipilla 7578	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Evangelica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
ABUELO/A	Viviana Soto
Observaciones	
También puede ser retirado por el furgón escolar.	

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?	
SI	Asma	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
Controlar la respiración en caso de ejercicio		
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: 16-12-2020 12:30:44

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

