



## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Ernesto Sanchez	162786032	esanchezv1986@gmail.com

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
21901568-2	OCTAVO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
MONTENEGRO	PIZARRO	VIVENTE IRAN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
27-07-2005	Lo espejo	Chile?
Domicilio		Comuna
4 oriente 6499		Lo Espejo
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	995898220	esanchezv1986@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Ernesto sanchez	TIO/A	995898220
catalina montenegro	MADRE	988377709
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
willis hoover	ABUELOS	
¿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
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
TIO/A	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
162786032	ERNESTO RODOLFO SANCHEZ VENEGAS	995898220
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
ESANCHEZV1986@GMAIL.COM	Masculino	Soltero
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	4 oriente 6499	MEDICO VETERIANRIO
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
TERRENO	4 oriente 6499	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
Observaciones	
NO TENGO RELACION CON SUS PADRES	

## 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		
MANEJO EN 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: 19-12-2020 15:52:14

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

