



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Sandra Ester	12408606-k	sandra.saavedra2006@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22747638-9	SÉPTIMO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
LOYOLA	SAAVEDRA	ANTONIA BELÉN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
18-06-2008	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Hurtado de Mendoza 8883		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	94796868	sandra.saavedra2006@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Roberto	PADRE	963433173
Pamela	TIO/A	968373588
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Colegio Hoover	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13197851-0	Roberto Antonio Loyola López	963433173
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
roberto.loyola.lopez@gmail.com	SUPERIOR INCOMPLETA	Hurtado de Mendoza 8883
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Ingeniero Informático	Independiente	Hurtado de Mendoza 8883

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
12408606- k	SANDRA ESTER SAAVEDRA VEGA	94796828
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
sandra.saavedra2006@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	Hurtado de Mendoza 8883
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Dueña de casa	Casa	Hurtado de Mendoza 8883
---------------	------	-------------------------

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
12408606-K	SANDRA ESTER SAAVEDRA VEGA	94796828
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
sandra.saavedra2006@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	Hurtado de Mendoza 8883	Auditora
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
casa	Hurtado de Mendoza 8883	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Evangelica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	Sandra Saavedra Vegra
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: 19-12-2020 13:49:29

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

