

| | | |
|---------------------------------|---------------------------|------------------|
| Vínculo que lo une al alumno(a) | ¿Vive con el niño? | |
| MADRE | SI | |
| RUN | Nombre Completo | Teléfono |
| 17053166-3 | DAMARIS ESTER GARAY TOTIN | 972847291 |
| Correo Electrónico | Género | Estado Civil |
| DAMARITHA777@GMAIL.COM | FEMENINO | CASADO |
| Nivel Educacional | Dirección | Profesión |
| MEDIA COMPLETA | PASAJE 62 #6701 | TEC. EN PARVULOS |
| Lugar de Trabajo | Dirección de Trabajo | |
| JARDIN PARQUE LAS AMÉRICAS | AV LO OVALLE 3901 | |

Datos Adicionales

| | |
|--|---------------------------|
| ¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión? | ¿Cuál? |
| NO | |
| ¿Quién retira a su hijo del Establecimiento? | Indique nombre y apellido |
| MADRE | DAMARIS GARAY |
| Observaciones | |
| PUEDE SER PAPÁ O FURGON TAMBIÉN. | |

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 | CRÓNICO RESPIRATORIO | |
| Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio | | |
| SOLO ABRIGO ADECUADO A LA TEMPORADA | | |
| 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: 21-12-2020 10:33:37

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna