



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
nicolas	178360132	nt.arias91@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23606420-4	QUINTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
TRIPAINAO	ZAMORANO	MARTINA ELUNEY
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
28-03-2011	santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
abranquil		Pedro Aguirre Cerda
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	979793728	lz.santander89@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
willis hoover	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
178360132	nicolas alberto tripainao arias	940428185
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
nt.arias91@gmail.com	MEDIA COMPLETA	abranquil
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
prensista ofset nivel mando medio	paper dreams impresores	macul

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17389759	lisette isabel zamorano santander	942833313
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
lz.santander89@gmail.com	MEDIA INCOMPLETA	abranquil
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
PADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
178360132	nicolas tripainao	940428185
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
nt.arias91@gmail.com	Masculino	Casado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA INCOMPLETA	abranquil	prensista ofset nivel mando medio
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
paper dreams	macul	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	cristiano evangélico
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	lisette zamorano
Observaciones	
desde el 2021 comenzamos nosotros con el transporte , ya que por las tardes anteriormente lo hacia el furgon	

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		0
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
NO	migraña o cefalea tensional	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
en si no es de cuidado escolar, por que no es nada grave, pero si ella tiene que andar con sus dosis en la mochila en caso de algún cuadro de migraña		
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: 17-12-2020 18:38:55

