



COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna

## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Ignacia Paz Muñoz Devia	23.923.187-k	ely.devias@gmail.com

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23923187-k	TERCERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
MUÑOZ	DEVIA	IGNACIA PAZ
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
15-04-2012	santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Gran Avenida Jose Miguel Carrera 7900, depto c11, La Cisterna		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	994548961	ely.devias@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Elizabeth	MADRE	229195008
Elizabeth	MADRE	994548961
Joan	PADRE	963036106
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13072873-1	Joan Manuel Muñoz Ruiz	963036106
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
jmunoiz.ruiz@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	Gran Avenida Jose Miguel Carrera 7900, depto c11, La Cisterna
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Informatico	IBM	Avda. Providencia 655

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
9704348-5	Elizabeth Alejandra Devia Morales	994548961
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
ely.devias@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	Gran Avenida Jose Miguel Carrera

		7900, depto c11, La Cisterna
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Contador	xxx	xxx

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
9704348-5	Elizabeth devia Morales	994548961
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
ely.devia@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	Gran Avenida Jose Miguel Carrera 7900, depto c11, La Cisterna	Contador
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
xxx	xxx	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Evangélica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
HERMANO/A	Valentina
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
SI	Clinica Vespucio	
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
SI	Asma	
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: 17-12-2020 22:29:05

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna