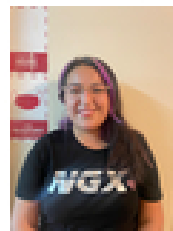
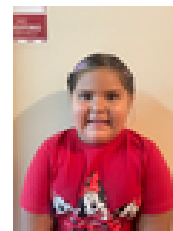




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



ANETE ABIGAIL
CABEZAS NÚÑEZ



AMANDA IGNACIA
PRECHT CABEZAS

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

| | | |
|--|------------------------------|--------------------------|
| RUN | Curso | |
| 25446049-4 | KINDER 2022 | |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres |
| PRECHT | CABEZAS | AMANDA IGNACIA |
| Fecha de Nacimiento | Ciudad Nacimiento | País de Origen |
| 14-07-2016 | SANTIAGO | CHILE |
| Domicilio | | Comuna |
| AV. EL PARRON 0671 DPTO 503 | | LA CISTERNA |
| Género | Teléfono | Correo Electrónico |
| FEMENINO | 949991080 | ANETTE.CABEZAS@GMAIL.COM |
| Teléfonos de contacto y/o urgencias | | |
| Nombre | Parentesco | Número |
| ISAAC PRECHT ESCOBAR | PADRE | 930523412 |
| SANDRA NÚÑEZ | ABUELO/A | 984471490 |
| | | |
| ¿Con quien vive el niño? | Colegio de Procedencia | ¿Repite curso? |
| AMBOS PADRES | COLEGIO ESPERANZA JOVEN | NO |
| ¿Presenta Necesidades Educativas Especiales? | ¿Cuál? | |
| SI | TRASTORNO EXPRESIVO LENGUAJE | |

Datos del Padre

| | | |
|--------------------------|----------------------|---|
| RUN | Nombre Completo | Teléfono |
| 15.540.142-7 | ISAAC PRECHT ESCOBAR | 930523412 |
| Correo Electrónico | Nivel Educativo | Dirección |
| ANETTE.CABEZAS@GMAIL.COM | MEDIA COMPLETA | AV. EL PARRON 0671 DPTO 503 / LA CISTERNA |
| Profesión | Lugar de Trabajo | Dirección de Trabajo |
| MAESTRO DE CONSTRUCCIÓN | INDEPENDIENTE | AV. EL PARRON 0671 DPTO 503 / LA CISTERNA |

Datos de la Madre

| | | |
|--------------------------|-----------------------------|---|
| RUN | Nombre Completo | Teléfono |
| 19.501.946-0 | ANETE ABIGAIL CABEZAS NÚÑEZ | 949991080 |
| Correo Electrónico | Nivel Educativo | Dirección |
| ANETTE.CABEZAS@GMAIL.COM | MEDIA COMPLETA | AV. EL PARRON 0671 DPTO 503 / LA CISTERNA |
| Profesión | Lugar de Trabajo | Dirección de Trabajo |
| DUEÑA DE CASA | DUEÑA DE CASA | AV. EL PARRON 0671 DPTO 503 / LA CISTERNA |

Datos del Apoderado

| | | |
|---------------------------------|---|---------------|
| Vínculo que lo une al alumno(a) | ¿Vive con el niño? | |
| MADRE | SI | |
| RUN | Nombre Completo | Teléfono |
| 19.501.946-0 | ANETE ABIGAIL CABEZAS NÚÑEZ | 949991080 |
| Correo Electrónico | Género | Estado Civil |
| ANETTE.CABEZAS@GMAIL.COM | FEMENINO | SOLTERO |
| Nivel Educativo | Dirección | Profesión |
| MEDIA COMPLETA | AV. EL PARRON 0671 DPTO 503 / LA CISTERNA | DUEÑA DE CASA |
| Lugar de Trabajo | Dirección de Trabajo | |
| DUEÑA DE CASA | AV. EL PARRON 0671 DPTO 503 / LA CISTERNA | |

Datos Adicionales

| | | |
|--|-----------------------------|--------|
| ¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión? | Selección religión | ¿Cuál? |
| NO | OTRA | |
| ¿Quién retira a su hijo del Establecimiento? | Indique nombre y apellido | |
| MADRE | ANETE ABIGAIL CABEZAS NÚÑEZ | |
| Observaciones | | |
| PUEDE RETIRAR LA ALUMNA EL PADRE: ISAAC PRECHT ESCOBAR | | |

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 |
| Manual de Convivencia | _____ SI |
| Reglamento Interno | _____ SI |
| Plan de Formación Ciudadana | _____ SI |

| |
|----------|
| _____ NO |
| _____ NO |
| _____ NO |
| _____ NO |

Firma del Padre o Madre

Firma del Apoderado

Fecha: 24-02-2022 12:29:39

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna