



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Julia	13093374-2	jopazojulio@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22523450-7	OCTAVO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
PRADO	OPAZO	TANIA STEFANIA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
10-10-2007	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Plaza castelar 01190		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	964369949	tania.la.queen.2007@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Julia	MADRE	964369949
Pedro	PADRE	997600635
Roberto	HERMANO/A	963028061
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Dr.willis hoover	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13093374-2	Julia Jacqueline opazo julio	964369949
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
jopazojulio@gmail.com	MEDIA INCOMPLETA	Plaza castelar 01190
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Cosmetología		
--------------	--	--

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
13093374-2	Julia Jacqueline opazo julio	964369949
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
jopazojulio@gmail.com	Femenino	Soltero
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA INCOMPLETA		Cosmetología
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Catapilco
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
OTRO	Ana maria
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	No tiene	
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
SI	Escoliosis	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
En caso de dolor comunicar al tiro		
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 15:30:54

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

