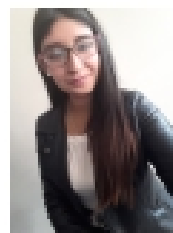




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



CRISTINA ABIGAIL
SALAZAR CARVAJAL



SOPHIA EUNICE
ABIGAIL MARCHANT
SALAZAR

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25049472-6	PRIMERO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
MARCHANT	SALAZAR	SOPHIA EUNICE ABIGAIL
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
21-07-2015	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
PASAJE MINISTERIO 2506		PEDRO AGUIRRE CERDA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	931380814	CRISTINA.SALAZAR1518@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
FELIPE MARCHANT ESCOBAR	PADRE	964862908
EUNICE RUTH CARVAJAL RUIZ	ABUELO/A	996574971
CRISTINA ABIGAIL SALAZAR CARVAJAL	MADRE	931380814
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	COLEGIO DR. WILLIS HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
18528402-6	FELIPE ORLANDO MARCHANT ESCOBAR	964862908
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
FELIPE.MARCHANT2115@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	PASAJE MINISTERIO 2506
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
EMPLEADO PUBLICO	ILUSTRE MUNICIPALIDAD MAIPÚ	MAIPÚ 0259

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
191829832	CRISTINA ABIGAIL SALAZAR CARVAJAL	931380814
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
CRISTINA.SALAZAR1518@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	PASAJE MINISTERIO 2506
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
INGENIERA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS	RIED CONSULTORES	AMANDA LABARCA 124

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
191829832	CRISTINA ABIGAIL SALAZAR CARVAJAL	931380814
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
CRISTINA.SALAZAR1518@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	PASAJE MINISTERIO 2506	INGENIERA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
RIED CONSULTORES	AMANDA LABARCA 124	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	CRISTIANA EVANGÉLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
ABUELO/A	EUNICE RUTH CARVAJAL RUIZ	
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		
¿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: 12-12-2021 21:27:04

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna