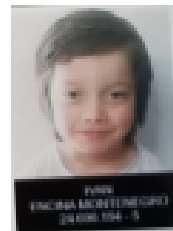




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



CECILIA BETZABE
MONTENEGRO
MARIN



IVAN ANDRES
ENCINA
MONTENEGRO

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24690194-5	SEGUNDO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ENCINA	MONTENEGRO	IVAN ANDRES
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
21-07-2014	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
NUEVA ORIENTE 9357		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	950626703	CBMONT@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CECILIA MONTENEGRO	MADRE	950626703
MIGUEL ENCINA	PADRE	957726710
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	WILLIS HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
134988924	MIGUEL ELIZAR ENCINA ILLANES	957726710
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
MIGENCI@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	NUEVA ORIENTE 9357
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
MAESTRO SOLDADOR	NUEVA ORIENTE 9357	LA CISTERNA

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
133375880	CECILIA BETZABE MONTENEGRO MARIN	950626703
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
CBMONT@GMAIL.COM	SUPERIOR INCOMPLETA	NUEVA ORIENTE 9357
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ESTUDIANTE	ESTUDIO CONTABLE	LOS ANDES 016 SAN BERNARDO

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
133375880	CECILIA BETZABE MONTENEGRO MARIN	950626703
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
CBMONT@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR INCOMPLETA	NUEVA ORIENTE 9357	ESTUDIANTE
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
ESTUDIO CONTABLE	LOS ANDES 016 SAN BERNARDO	

Datos Adicionales

¿ Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	EVANGELICA
¿ Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	CECILIA MONTENEGRO	
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 23:03:49

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna