

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
INGRID HERNANDEZ MARQUEZ	14006232-4	INGRID6661@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24054793-7	TERCERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
VELOSO	HERNANDEZ	THIARE DANAE
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
01-09-2012	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
CALLE DOS #8086		LO ESPEJO
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	963511264	INGRID6661@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
MARGARITA ROMAN	TIO/A	973763766
GUSTAVO VELOSO	PADRE	963515100
MARIA MARQUEZ	ABUELO/A	961949956
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO HOOVER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13488619-6	SENEN GUSTAVO VELOSO ROSAS	963515100
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
GUSTAVOWOOVELOSO@GMAIL.COM	BÁSICA COMPLETA	CALLE DOS 8086, LO ESPEJO
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
SUPERVISOR DE OPERACIONES	SIN TRABAJO	

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14006232-4	INGRID ANDREA HERNANDEZ MARQUEZ	963511264
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
INGRID6661@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	CALLE DOS 8086, LO ESPEJO
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
JEFA DE SERVICIO AL CLIENTE	CEMENTERIO METROPOLITANO	JOSE JOAQUIN PRIETO 8521 LO ESPEJO

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
14006232-4	INGRID ANDREA HERNANDEZ MARQUEZ	963511264

Correo Electrónico	Género	Estado Civil
INGRID6661@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	CALLE DOS 8086, LO ESPEJO	JEFA DE SERVICIO AL CLIENTE
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
CEMENTERIO METROPOLITANO	JOSE JOAQUIN PRIETO 8521 LO ESPEJO	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	INGRID ANDREA HERNANDEZ MARQUEZ
Observaciones	
TAMBIEN PUEDE QUE LA RETIRE SU TIA MARGARITA ROMAN O SU ABUELA MARIA MARQUEZ	

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	_____ 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: 21-12-2020 10:05:21

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna