



COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna

## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
jessica	154388516	jessicamacarenasotomiranda@gmail.com

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24363735-k	SEGUNDO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
avila	soto	agustina magdalena
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
15-08-2013	santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
av lazo 1368 depto 1105		San Miguel
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	989021608	jessicamacarenasotomiranda@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
michel	PADRE	993590017
angela	ABUELO/A	981583827
fabi	TIO/A	974664371
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
amantu	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
129071869	michel alejandro avila opazo	993590017
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
mavila777@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	av lazo 1368 depto 1105
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
comunicacion social	cesante	no tiene

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
154388516	jessica macarena soto miranda	989021608
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección

jessicamacarenasotomiranda@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	av lazo 1368 depto 1105
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
comunicadora social	casa	casa

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
154388516	jessiuca soto miranda	989021608
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
jessicamacarenasotomiranda@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	av lazo 1368 depto 1105	comunicadora social
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
casa	casa	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	cristiana evangelica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
PADRE	michel avila
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	_____ 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: 18-12-2020 23:07:29

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna