



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Margarita Roman	15470946-0	maggie.rom446@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24003074-8	TERCERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
HERNANDEZ	ROMAN	JAVIER ALONSO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
04-07-2012	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Brisas del Maipo 0446		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	973763766	maggie.rom446@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Patricio Hernandez	PADRE	993838637
Margarita Roman	MADRE	973763766
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Willis Hoover	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
12686389-6	Patricio Hernandez	993838637
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
atilavent@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	Brisas del Maipo 0446
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Contador general computacional	Cementerio metropolitano	José Joaquín prieto vial 8521

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15470946-0	Margarita Roman	973763766
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
maggie.rom446@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Brisas del Maipo 0446
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
15470946-0	Margarita Roman	973763766
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
maggie.rom446@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Brisas del Maipo 0446	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Cristiana
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	Margarita Roman
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 20:42:28

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna