

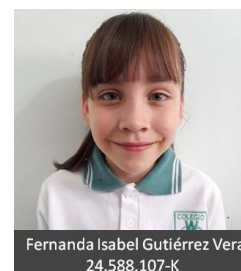


COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



Tamara Vera Palma
16.416.386-5

TAMARA VERA
PALMA



Fernanda Isabel Gutiérrez Vera
24.588.107-K

FERNANDA ISABEL
GUTIERREZ VERA

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24588107-K	SEGUNDO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
GUTIERREZ	VERA	FERNANDA ISABEL
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
04-04-2014	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
CHILE ESPAÑA 7950		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	982570191	TA.VERAPALMA@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
PABLO GUTIERREZ	PADRE	991422315
TAMARA VERA	MADRE	982570191
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	-	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO	-	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16.870.953-6	PABLO GUTIERREZ CASANOVA	991422315
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
PABLOGUTIERREZCASANOVA@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	CHILE ESPAÑA 7950 LA CISTERNA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
INGENIERO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS	-	-

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16.416.386-5	TAMARA VERA PALMA	982570191
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
TA.VERAPALMA@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	CHILE ESPAÑA 7950 LA CISTERNA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
SECRETARIA	SIN TRABAJO	SIN TRABAJO

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
16.416.386-5	TAMARA VERA PALMA	982570191
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
TA.VERAPALMA@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	CHILE ESPAÑA 7950 LA CISTERNA	SECRETARIA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
SIN TRABAJO	SIN TRABAJO	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
NO	NINGUNA	-
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	TAMARA VERA	
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	-	0
¿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: 09-12-2021 23:59:45

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna