



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
María José salas araya	14169619k	cote.salas.1977@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23581032-8	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Hermosilla	Salas	Joaquin crhistian
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
05-03-0011	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Av el parron #0681 don Victor 437		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	56997679700	cote.salas.1977@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Masiel de la fuente	TIO/A	
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Villa el sol	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
	Hector hermosilla	
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14169619k	María josé salas araya	56997679700
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
cote.salas.1977@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	Av el parron 0681 don Víctor 437
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
14169619k	María José salas araya	56997679700
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
cote.salas.1977@gmail.com	Femenino	Divorciado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	Av el parron#681 don Victor 437	Tec universitario
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Fundación integra	Inés Rivas #111	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Cristianos
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	María José salas araya
Observaciones	
Un tercero con autorización de la madre	

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 09:57:36

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

