



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Tamara Gomez	16717772-7	tgomezguzman@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24846806-8	PRIMERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
García de la Huerta	Gomez	Amparo Zoe
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
04-01-2015	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Valparaíso 6650		Lo Espejo
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	998758097	tgomezguzman@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Tamara Gomez	MADRE	998758097
Obed Garcia de la Huerta	PADRE	84708796
Angelina Vivarez	ABUELO/A	978361257
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Willis Hoover La cisterna	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15358221-1	Obed Finees García de la Huerta Vivarez	984708796
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
obedgarciadelahuerta@gmail.com	SUPERIOR INCOMPLETA	Valparaíso 6650 Lo espejo
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Conductor profesional	Centro distribución Blue Express	Pudahuel

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16717772-7	Tamara Luzmenia Gómez Guzman	998758097
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
tgomezguzman@gmail.com	SUPERIOR INCOMPLETA	Valparaíso 6650 Lo espejo

Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Ninguna	No	No

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
16717772-7	Tamara Gómez Guzman	998758097
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
tgomezguzman@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR INCOMPLETA	Valparaíso 6650 Lo Espejo	No
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
No	No	

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
MADRE	Tamara Gomez
Observaciones	
Puede ser Padre Obed García de la Huerta. Y opción de furgon escolar año 2021	

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	No	
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
NO	No	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
No		
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: 19-12-2020 18:52:11

