



## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Paula Gutierrez Venegas	17022202-4	pauladanaegv@gmail.com

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24620840-9	PRIMERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Vasquez	Gutiérrez	Santiago Alonso
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
	Santiago	Chile?
Domicilio	Comuna	
Chile España 8262	La Cisterna	
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	992042500	pauladanaegv@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Paula Gutiérrez Venegas	MADRE	992042500
Maickol Vásquez	PADRE	995125685
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
16714173-0	Maickol Vásquez Romero	995125685
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
	SUPERIOR COMPLETA	Chile España 8262
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Supervisor	Walmart	San Bernardo

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17022202-4	Paula Gutiérrez Venegas	992042500
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
pauladanaegv@gmail.com	MEDIA INCOMPLETA	Chile España 8262
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Dueña de casa		
---------------	--	--

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
17022202-4	Paula Gutiérrez Venegas	992042500
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
pauladanaegv@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Chile España 8262 torre 5 dpto 24	Dueña de casa
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	Paula Gutiérrez
Observaciones	
La mamá del niño y si no puede, lo retira su papá	

## 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: 14-12-2020 20:41:20

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

