



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Elier Basaez	132287120	e.basaez@ingebas.cl

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23804117-1	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
BASAEZ	VALDEBENITO	GABRIELA PAZ
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
16-11-2011	SANTIAGO	Chile?
Domicilio		Comuna
NACIONES UNIDAS 99-E		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	90504642	e.basaez@ingebas.cl
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
carla valdebenito	MADRE	940022008
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
hoover	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
132287120	Elier Alberto Basaez Donoso	90504642
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
e.basaez@basaez.cl	SUPERIOR COMPLETA	naciones unidas 99e
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
contador auditor	santiago	el parron 0626

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
162153722	Carla Andrea Valdebenito Rebolledo	940022008
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
c.valdebenito.r@gmail.com	SUPERIOR INCOMPLETA	naciones unidas 99e
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

RR.PP		
-------	--	--

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
PADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
132287120	ELIER ALBERTO BASAEZ DONOSO	90504642
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
E.BASAEZ@INGEBAS.CL	Masculino	Casado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	naciones unidas 99e	contador auditor
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
santiago	el parron 0626	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Evangelica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
PADRE	Elier Basaez
Observaciones	
se autoriza a que sea retirado en forma esepcional a Jaime Roa y Ivan Basaez	

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
SI	indisa	223625555
¿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 20:21:21

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

