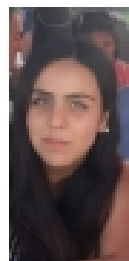




COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna



JOCELYN ZAVALA  
HORTA



JOAQUÍN ANDRÉS  
SALAS ZAVALA

## FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24297681-9	TERCERO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
SALAS	ZAVALA	JOAQUÍN ANDRÉS
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
03-06-2013	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
AV LINCOLN 2516		LO ESPEJO
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	948864862	ERICKSALAS.R@HOTMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ERICK SALAS	PADRE	948865462
JOCELYN ZAVALA	MADRE	995059763
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	WILLIS HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17278673-1	ERICK SALAS RAMIREZ	948685462
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
ERICKSALAS.R@HOTMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	AV LICOLN 2516
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	000

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
18053857-7	JOCELYN ZAVALA HORTA	995059763
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
JOCELYN1992_@HOTMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	AV LINCOLN 2516
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	000

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
18053857-7	JOCELYN ZAVALA HORTA	995059763
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
JOCELYN1992_@HOTMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	AV LINCOLN 2516	INDEPENDIENTE
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
INDEPENDIENTE	000	

## 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	
PADRE	ERICK SALAS	
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		
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
SI		
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: 13-12-2021 10:44:44

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna