







MAITE PASCAL NÚÑEZ CAMPOS

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
KAREN CAMPOS	18.952.604-0	KAREN.CAMPOSGO@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25110796-3	KINDER 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
NÚÑEZ	CAMPOS	MAITE PASCAL
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
09-09-2015	ILLAPEL	CHILE?
Domicilio		Comuna
ZURICH NORTE 0659		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	975447280	KAREN.CAMPOSGO@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
KAREN CAMPOS	MADRE	975447280
ANGELINA FLORES	OTRO	945673471
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
-	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17.643.041-9	SEBASTIAN ANDRÉS NÚÑEZ GALLARDO	949616964
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
SEBASTIAN.N.G@HOTMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	AV. MIRAFLORES 6470,BLOCK 4 DEPTO 203, RENCA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TÉCNICO ELÉCTRICO		EXEQUIEL FERNÁNDEZ 3738, MACUL

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
18.952.604-0	KAREN DENISSE CAMPOS GODOY	975447280
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
KAREN.CAMPOSGO@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	ZURICH NORTE 0659, LA CISTERNA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TÉCNICO EN PÁRVULOS	SALA CUNA Y JARDÍN INFANTIL	VILLARRICA 2565, RENCA

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
18.952.604-0	KAREN DENISSE CAMPOS GODOY	975447280
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
KAREN.CAMPOSGO@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	ZURICH NORTE 0659, LA CISTERNA	TÉCNICO EN PÁRVULOS
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
SALA CUNA Y JARDIN INFANTIL	VILLARRICA 2565, RENCA	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?	
NO		
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
OTRO	ANGELINA FLORES	
Observaciones		

Ficha Clínica

	975447280	
¿Cuál?		
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
Observaciones		
_	,Cuál?	

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: 20-12-2020 11:55:36

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna