

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
LUZ XIMENA DONOSO VALDERRAMA	13.080.791-7	XIMENADONOSOVALDERRAMA83@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24870694-5	PRIMERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
NAVARRO	DONOSO	KATHERINA ISIDORA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
20-01-2015	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
PASAJE VALLE DE LA LUNA 12850		EL BOSQUE
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	975476166	XIMENADONOSOVALDERRAMA83@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ÁLVARO NAVARRO	PADRE	940904270
MONSERRAT BARRERA	HERMANO/A	976931907
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
ESCUELA DE PÁRVULO ENANITOS	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	SI	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
11.881.339-1	ÁLVARO JESÚS NAVARRO LOBOS	940904270
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
XIMENADONOSOVALDERRAMA83@GMAIL.COM	BÁSICA COMPLETA	PASAJE VALLE DE LA LUNA 12850 EL BOSQUE
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13.080.791-7	LUZ XIMENA DONOSO VALDERRAMA	975476166
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
XIMENADONOSOVALDERRAMA83@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	PASAJE VALLE DE LA LUNA 12850 EL BOSQUE
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
13.080.791-7	LUZ XIMENA DONOSO VALDERRAMA	975476166

Correo Electrónico	Género	Estado Civil
XIMENADONOSOVALDERRAMA83@GMAIL.COM	FEMENINO	DIVORCIADO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	PASAJE VALLE DE LA LUNA 12850 EL BOSQUE	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	LUZ XIMENA DONOSO (MADRE)
Observaciones	
TAMBIÉN LA PUEDE RETIRAR SU HIJA Y SI ESTA EL PADRE EN SANTIAGO TAMBIÉN.	

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: 01-03-2021 12:29:41

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna