



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

## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
JAVIER MIRANDA	128945350	RJAVIERMIRANDAH@GMAIL.COM

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24509033-1	SEGUNDO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
MIRANDA	CARRASCO	MATILDA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
14-01-2014	SANTIAGO	Chile?
Domicilio		Comuna
SAN SIMON 0571		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	930931059	RJAVIERMIRANDAH@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
JAVIER MIRANDA	PADRE	930931059
LUZ CARRASCO	MADRE	936409114
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO HOOVER	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
128945350	JAVIER MIRANDA HUENULEF	930931059
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
RJAVIERMIRANDAH@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	PTOLOMEO 5813
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DIBUJANTE	A4 ARQUITECTOS	DON CARLOS 3227

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14537491K	LUZ CARRASCO PACHECO	936409114
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
LUZCARRASCOP@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	SAN SIMON 0571
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

VENDEDORA	ZONACOM SA	
-----------	------------	--

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
14537491K	LUZ CARRASCO PACHECO	936409114
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
LUZCARRASCO@GMAIL.COM	Femenino	Soltero
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	SAN SIMON 0571	VENDEDORA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
ZONACOM		

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGELICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	LUZ CARRASCO
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?	
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: 16-12-2020 11:08:40

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

