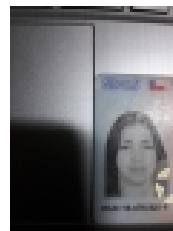
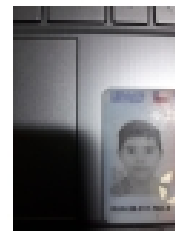




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



SOLEDAD
ALEJANDRA MEDINA
ORTEGA



MARTIN ANDRES
MUÑOZ MEDINA

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23311783-8	SEXTO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
MUÑOZ	MEDINA	MARTIN ANDRES
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
02-05-2010	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
DOLORES#9425		SAN RAMÓN
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	2147483647	JANRRYMEDINA2020@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
RODRIGO MUÑOZ	PADRE	952374053
SOLEDAD MEDINA	MADRE	952374053
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	SI
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
SI	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13835944-1	RODRIGO ANDRES MUÑOZ SOBARZO	2147483647
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
RODRIGOCOCHOR2018@GMAIL.COM	MEDIA INCOMPLETA	DOLORES#9425
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
.....	LAVADO DE AUTO	FERNANDEZ ALBANO 892

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16 476920-8	SOLEDAD ALEJANDRA MEDINA ORTEGA	2147483647
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
JANRRYMEDINA2020@GMAIL.COM	MEDIA INCOMPLETA	DOLORES#9425
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
.....	LAVADO DE AUTO	FERNANDEZ ALBANO #892

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
16476920-8	SOLEDAD ALEJANDRA MEDINA ORTEGA	2147483647
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
JANRRYMEDINA2020@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	DOLORES#9425
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
LAVADO DE AUTO	FERNANDEZ ALBANO 892	

Datos Adicionales

¿ Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	EVANGELICA
¿ Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
PADRE	RODRIGO MUÑOZ	
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
SI	
¿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: 12-12-2021 20:34:18

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna