

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

| | | |
|---------------------------|------------|--------------------------------|
| Nombre | RUN | Correo Electrónico |
| CRISTINA SALAZAR CARVAJAL | 19182983-2 | CRISTINA.SALAZAR1518@GMAIL.COM |

Datos del Estudiante

| | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------------|
| RUN | Curso | |
| 25049472-6 | KINDER 2021 | |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres |
| MARCHANT | SALAZAR | SOPHIA EUNICE ABIGAIL |
| Fecha de Nacimiento | Ciudad Nacimiento | País de Origen |
| 21-07-2015 | SANTIAGO | CHILE? |
| Domicilio | | Comuna |
| PASAJE MINISTERIO 2506 | | PEDRO AGUIRRE CERDA |
| Género | Teléfono | Correo Electrónico |
| FEMENINO | 945310107 | CRISTINA.SALAZAR1518@GMAIL.COM |
| Teléfonos de contacto y/o urgencias | | |
| Nombre | Parentesco | Número |
| FELIPE MARCHART ESCOBAR | PADRE | 964862908 |
| EUNICE RUTH CARVAJAR RUIZ | ABUELO/A | 996574971 |
| | | |
| Colegio de Procedencia | ¿Con quien vive el niño? | |
| ESCUELA DE LENGUAJE ARCÁNGEL GABRIEL | AMBOS PADRES | |
| ¿Repite curso? | ¿Presenta Necesidades Educativas Especiales? | |
| NO | NO | |

Datos del Padre

| | | |
|-------------------------------|---------------------------------|------------------------|
| RUN | Nombre Completo | Teléfono |
| 185284026 | FELIPE ORLANDO MARCHANT ESCOBAR | 964862908 |
| Correo Electrónico | Nivel Educacional | Dirección |
| FELIPE.MARCHANT2115@GMAIL.COM | MEDIA COMPLETA | PASAJE MINISTERIO 2506 |
| Profesión | Lugar de Trabajo | Dirección de Trabajo |
| MUNICIPALIDAD MAIPU | MUNICIPALIDAD MAIPÚ | MAIPÚ 0259 |

Datos de la Madre

| | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------|
| RUN | Nombre Completo | Teléfono |
| 191829832 | CRISTINA ABIGAIL SALAZAR CARVAJAL | 945310107 |
| Correo Electrónico | Nivel Educacional | Dirección |
| CRISTINA.SALAZAR1518@GMAIL.COM | SUPERIOR INCOMPLETA | PASAJE MINISTERIO2506 |
| Profesión | Lugar de Trabajo | Dirección de Trabajo |
| PRACTICA | ESCUELA DE EJERCITO | ARTEMIO GUTIÉRREZ 1153 |

Datos del Apoderado

| | | |
|---------------------------------|--------------------|--|
| Vínculo que lo une al alumno(a) | ¿Vive con el niño? | |
| | | |

| | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|--------------|
| MADRE | SI | |
| RUN | Nombre Completo | Teléfono |
| 191829832 | CRISTINA ABIGAIL SALAZAR CARVAJAL | 945310107 |
| Correo Electrónico | Género | Estado Civil |
| CRISTINA.SALAZAR1518@GMAIL.COM | FEMENINO | CASADO |
| Nivel Educacional | Dirección | Profesión |
| SUPERIOR INCOMPLETA | PASAJE MINISTERIO 2506 | PRACTICA |
| Lugar de Trabajo | Dirección de Trabajo | |
| ESCUELA DE EJERCITO | ARTEMIO GUTIÉRREZ 1153 | |

Datos Adicionales

| | |
|--|---------------------------|
| ¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión? | ¿Cuál? |
| SI | CRISTIANA EVANGÉLICA |
| ¿Quién retira a su hijo del Establecimiento? | Indique nombre y apellido |
| OTRO | PAOLA SILVA |
| Observaciones | |
| TRANSPORTE ESCOLAR PAOLA SILVA | |

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: 22-12-2020 09:40:49

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna