



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



ABIGAIL PIZARRO



MATIAS VASQUEZ
VASQUEZ PIZARRO

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Estudiante

| | | |
|----------------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| RUN | Curso | |
| 24337867-2 | KINDER 2022 | |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres |
| VASQUEZ | PIZARRO | MATIAS VASQUEZ |
| Fecha de Nacimiento | Ciudad Nacimiento | País de Origen |
| 04-08-2015 | SANTIAGO | CHILE? |
| Domicilio | | Comuna |
| GRAN AVENIDA | | SAN MIGUEL |
| Género | Teléfono | Correo Electrónico |
| MASCULINO | 997747424 | APIZARRO@COLEGIOHOOVER.CL |
| Teléfonos de contacto y/o urgencias | | |
| Nombre | Parentesco | Número |
| SAMUEL VASQUEZ | PADRE | 2147483647 |
| | | |
| | | |
| ¿Con quien vive el niño? | Colegio de Procedencia | ¿Repite curso? |
| AMBOS PADRES | GRAN AVENIDA | NO |
| ¿Presenta Necesidades Educativas Especiales? | ¿Cuál? | |
| NO | | |

Datos del Padre

| | | |
|-------------------------|-------------------|----------------------|
| RUN | Nombre Completo | Teléfono |
| 133654925 | SAMUEL VASQUEZ | 2147483647 |
| Correo Electrónico | Nivel Educacional | Dirección |
| SAMUELVASQUEZ@GMAIL.COM | SUPERIOR COMPLETA | GRAN AVENIDA 5620 |
| Profesión | Lugar de Trabajo | Dirección de Trabajo |
| INFORMÁTICO | EMPRESA | GRAN AVENIDA 5620 |

Datos de la Madre

| | | |
|---------------------------|-------------------|----------------------|
| RUN | Nombre Completo | Teléfono |
| 168188552 | ABIGAIL PIZARRO | 969187610 |
| Correo Electrónico | Nivel Educacional | Dirección |
| APIZARRO@COLEGIOHOOVER.CL | SUPERIOR COMPLETA | GRAN AVENIDA 5620 |
| Profesión | Lugar de Trabajo | Dirección de Trabajo |
| PROFESORA | COLEGIO HOOVER | SAN SIMÓN 0614 |

Datos del Apoderado

| | | |
|---------------------------------|----------------------|--------------|
| Vínculo que lo une al alumno(a) | ¿Vive con el niño? | |
| MADRE | SI | |
| RUN | Nombre Completo | Teléfono |
| 168188552 | ABIGAIL PIZARRO | 2147483647 |
| Correo Electrónico | Género | Estado Civil |
| APIZARRO@COLEGIOHOOVER.CL | MASCULINO | CASADO |
| Nivel Educacional | Dirección | Profesión |
| SUPERIOR COMPLETA | GRAN AVENIDA 5620 | PROFESORA |
| Lugar de Trabajo | Dirección de Trabajo | |
| COLEGIO HOOVER | SAN SIMÓN 0614 | |

Datos Adicionales

| | | |
|------------------------------------------------------|---------------------------|--------|
| ¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión? | Selección religión | ¿Cuál? |
| SI | EVANGÉLICA | |
| ¿Quién retira a su hijo del Establecimiento? | Indique nombre y apellido | |
| PADRE | SAMUEL VASQUEZ | |
| 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 | | |
| TRATAMIENTO FONOAUDIOLÓGICO | | |

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: 09-12-2021 10:27:24

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna