



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
victoria paz gutierrez guerra	18.237.539-k	victoria_paz_@hotmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23071554-8	SEXTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
GONZALEZ	GUTIERREZ	DAFNE TERESA MONSERRAT
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
11-07-2009	santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
abel gonzalez 0602		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	982789796	victoria_paz_@hotmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
victoria gutierrez	MADRE	982789796
misael lara	PADRE	932772289
ana cires	ABUELO/A	988997747
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
willis hoover	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16.553.382-8	misael lara	932772289
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
	MEDIA INCOMPLETA	abel gonzalez 0602
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
conductor de micros	bules	comuna :Lo espejo

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
18.237.539_k	victoria gutierrez	982789796
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
victoria_paz_@hotmail.com	MEDIA COMPLETA	
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
18.237.539-k	victoria paz gutierrez guerra	982789796
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
victoria-paz_@hotmail.com	Femenino	Soltero
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA		
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	victoria gutierrez guerra
Observaciones	
en que caso de que la madre no pueda ir asistirá el padre Misael Lara Cires de no ser asi siempre se informara al colegio quien retirara a la niña.	

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: 14-12-2020 20:44:36

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

