

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 09:40:51

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna