



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



VICTORIA RUTH
ARAUS MOLINA



LEONIDAS UZIEL
FUENTES ARAUS

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24966867-2	PRIMERO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
FUENTES	ARAUS	LEONIDAS UZIEL
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
24-04-2015	SANTIAGO	CHILE
Domicilio		Comuna
CALLE GENERAL BERNALES #7317		CERRILLOS
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	994867363	EDUCADORA.ARAUS@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
OSCAR FUENTES	PADRE	993034826
VICTORIA ARAUS	MADRE	994867363
JENNY VERA	TIO/A	993065291
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	ESCUELA MANITOS CREATIVAS	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15707155-6	OSCAR FELIPE FUENTES ARAUS	993034826
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
OFUENTES3@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	CALLE GENERAL BERNALES #7317, CERRILLOS
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
CONTADOR	CASA	MISMA DIRECCIÓN

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
18278479-6	VICTORIA RUTH ARAUS MOLINA	994867363
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
EDUCADORA.ARAUS@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	CALLE GENERAL BERNALES #7317, CERRILLOS
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
PROFESORA	SIN TRABAJO	DUEÑA DE CASA

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
18278479-6	VICTORIA RUTH ARAUS MOLINA	994867363
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
EDUCADORA.ARAUS@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	CALLE GENERAL BERNALES #7317, CERRILLOS	PROFESORA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
SIN TRABAJO	DUEÑA DE CASA	

Datos Adicionales

¿ Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	EVANGÉLICA
¿ Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
PADRE	OSCAR FUENTES	
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		

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: 21-12-2021 00:25:53

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna