



COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna

## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Carolina	15354501-4	ca_morales26@hotmail.com

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23120470-9	SEXTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
MUÑOZ	MORALES	IGNACIA PAZ
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
10-09-2009	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Elias fernandez albano 8278		San Ramón
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	988494171	ca_morales26@hotmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Moises Muñoz vera	PADRE	930791124
Carolina morales garcia	MADRE	988494171
Moises morales Muñoz	ABUELO/A	920603290
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
	HERMANO/A	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
12282998-7	Moises antonio Muñoz vera	
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
	BÁSICA INCOMPLETA	Elias fernandez albano 8278
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Comerciante	Ferías	Ferías de la cisterna

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15354501-4	Carolina del pilar morales garcia	988494171
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
ca_morales26@hotmail.com	MEDIA COMPLETA	Elias fernandez albano 8278
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Vendedora	Maicao	Mall florida center
-----------	--------	---------------------

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
15354501-4	Carolina del pilar morales garcia	988494171
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
ca_morales26@hotmail.com	Femenino	Soltero
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Elias fernandez albano 8278	Vendedora
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Maicao	Mall florida center	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Evangelica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
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	_____ 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: 17-12-2020 01:20:20

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

