



## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Katherine Devia	9704349-3	katty.dm@hotmail.com

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22679217-1	OCTAVO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
URIBE	DEVIA	FLORENCIA IGNACIA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
22-03-2008	Punta Arenas	Chile?
Domicilio		Comuna
Ayacara # 8725		San Ramón
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino		
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Katherine Devia	MADRE	950978225
Miguel Uribe	PADRE	987488082
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Dr. Willis Hoover	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15271370-3	Miguel Angel Uribe Molina	987488082
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
don.akilino@gmail.com	BÁSICA COMPLETA	Ayacara # 8725
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
contratista independiente		

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
9704349-3	Katherine del Carmen Devia Morales	950978225
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
katty.dm@hotmail.com	MEDIA COMPLETA	Ayacara # 8725
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

dueña de casa		
---------------	--	--

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
9704349-3	Katherine del Carmen Devia Morales	950978225
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
katty.dm@hotmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Ayacara # 8725	dueña de casa
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	evangelica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	Katherine Devia
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: 16-12-2020 20:32:16

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

