



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
VIRGINIA PAEZ	262818985	paezvirginia4@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
26281793-8	SEGUNDO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Cubeiros	Paéz	Lionella de los Angeles
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
17-05-2013	maracay	Venezuela
Domicilio		Comuna
pasaje la cisterna numero 75		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	949669409	paezvirginia4@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
heriberto cuberos	PADRE	961732702
yadira noriega	ABUELO/A	937874487
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
25717476k	heriberto cuberos	961732702
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
hachece86@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	pasaje la cisterna 75
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ingeniero mecanico	san miguel	brigadier de la cruz 676 san miguel

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
262818985	virginia paez	949669409
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
paezvirginia4@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	pasaje la cisterna 75
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
262818985	virginia paez	949669409
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
paezvirgibia4@gmail.com	Femenino	Soltero
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	pasaje la cisterna 75	administradora
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
santiago	agustina 785	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	catolico
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
ABUELO/A	YADIRA NORIEGA
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: 14-12-2020 20:20:36

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

