



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Libni Chavez	26469277-6	libnichavez@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
26469207-5	SEXTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
FINOL	CHAVEZ	Bell Nicole
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
10-01-2009	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Fuenzalida Urrejola 125		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	966401820	libnichavez@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Libni Chavez	MADRE	966401820
Jairo Rodriguez	OTRO	967442326
Jessica Finol	TIO/A	948665208
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Hoover	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
	Gabriel Finol	5491122522283
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
libnichavez@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	Argentina
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Ingeniero Civil		

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
26469277-6	Libni Maylin Chavez Mora	966401820
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
libnichavez@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	Fuenzalida Urrejola 125
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
26469277-6	Libni Chavez	966401820
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
libnichavez@gmail.com	Femenino	Soltero
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	Fuenzalida Urrejola 125	Ingeniera en Construcción Civil
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Cristiana Evangelica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	Libni Chavez
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		966401820
¿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: 19-12-2020 16:11:25

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

