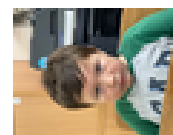




COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover K.*  
La Cisterna



KAREN CESIAH  
SÁNCHEZ  
BUSTAMANTE



JUAN PEDRO  
CASTERAN SÁNCHEZ

## FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25592183-5	KINDER 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CASTERAN	SÁNCHEZ	JUAN PEDRO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
07-12-2021	SAANTIAGO	CHILE
Domicilio	Comuna	
AVENIDA FERNANDEZ ALBANO #565 DEP 1103		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	963527821	JUANPEDROCASTERAN@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CLAUDIA DÍAZ	OTRO	965924680
ERIKA BUSTAMANTE	ABUELO/A	98157448
DAVID SÁNCHEZ BUSTAMANTE	TIO/A	957092137
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
SÓLO MADRE	COLEGIO EDÉN	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
184428466	JEAN PIERRE CASTERAN FIGUEROA	984705267
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
CASTERANJP@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	NO DISPONIBLE
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
PREPARADOR FÍSICO	INDEPENDIENTE	BUIN

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
137583577	KAREN CESIAH SÁNCHEZ BUSTAMANTE	963527821
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
KARENSANCHEZB@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	AV FERNANDEZ ALBANO 565 DEPTO 1103
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
VISITADOR MÉDICO	SIN TRABAJO	NO APLICA

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
137583577	KAREN CESIAH SÁNCHEZ BUSTAMANTE	963527821
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
KARENSANCHEZB@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	AVENIDA FERNANDEZ ALBANO #565 DEPTO 1103	VISITADOR MÉDICO
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
NO APLICA	NO APLICA	

## Datos Adicionales

¿ Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	
¿ Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	KAREN SÁNCHEZ BUSTAMANTE	
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 12:32:14

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna