



## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
dalia fuentes	161301841	raymundoespinoza@gmail.com

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24592095-4	PRIMERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
urrutia	fuentes	leon patricio
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
09-04-2014	santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
plaza castelar 01190		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	984113870	raymundoespinoza315@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
nathalia navarrete	OTRO	997493168
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
willis hoover	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
161301841	dalia isabel fuentes chandia	984113870
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
raymundoespinoza315@gmail.com	MEDIA COMPLETA	plaza castelar 01190
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
161301841	dalia fuentes	984113870
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
raymundoespinoza315@gmail.com	Femenino	Soltero
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	plaza castelar 01190	no
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
vitacura	pedro canicio 1213	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	evangelica pentecostal
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
OTRO	sebastian maldonado
Observaciones	
de no ir la mama sino es el tio del furgon. pero el al comenzar las clases lo tendre bien claro	

## 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: 19-12-2020 13:17:02

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

