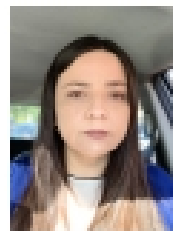
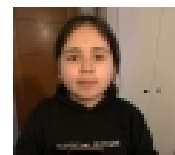




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



SOLANGE ELIZABETH
GARCIA GAJARDO



JOSEFA EMILIA
ESPINOZA GARCIA

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23658484-4	QUINTO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ESPINOZA	GARCIA	JOSEFA EMILIA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
31-05-2011	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
OCTAVA AVENIDA 1161 DEPTO 307		SAN MIGUEL
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	2147483647	JOSEFA.ESPINOZA3105@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
JOHANA GARCIA	TIO/A	2147483647
NATALIA GARCIA	TIO/A	2147483647
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
SÓLO MADRE	COLEGIO HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
1	1	1
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
NINGUNO@NINGUNO	NINGUNO	1
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
1	1	1

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14118121-1	SOLANGE ELIZABETH GARCIA GAJARDO	2147483647
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
SOLANGE_GARCIA1@HOTMAIL.COM	SUPERIOR INCOMPLETA	OCTAVA AVENIDA 1161 DEPTO 307, SAN MIGUEL
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
CONTADOR	IPSOS CHILE	AVDA PEDRO DE VALDIVIA 555 PISO 7 PROVIDENCIA

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
14118121-1	SOLANGE ELIZABETH GARCIA GAJARDO	2147483647
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
SOLANGE_GARCIA1@HOTMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR INCOMPLETA	OCTAVA AVENIDA 1161 DEPTO 307, SAN MIGUEL	CONTADOR
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
IPSOS CHILE	AVDA PEDRO DE VALDIVIA 555 PISO 7 PROVIDENCIA	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	EVANGELICOS
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	SOLANGE GARCIA	
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		223625555
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
NO		
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
ELLA NECESITA IR AL BAÑO CONSTANTEMENTE PORQUE DE LO CONTRARIO HACE INFECCIONES URINARIAS		
Observaciones		
EN CASO DE URGENCIA FAVOR LLEVARLA A LA CLÍNICA INDISA		

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: 14-12-2021 00:07:42

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna