



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
CLAUDIA CASTILLO GARAY	18277314-K	CASTILLOCGARAY@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23377790-0	QUINTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ELIZONDO	CASTILLO	SIMON AGUSTIN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
18-07-2010		CHILE?
Domicilio		Comuna
PASAJE COLON 6414		SAN RAMÓN
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	933098188	CASTILLOCGARAY@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CLAUDIA CASTILLO	MADRE	933098188
MAXIMILIANO ELIZONDO	PADRE	952335342
PATRICIA GARAY	ABUELO/A	949744146
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

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

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
18277314-K	CLAUDIA XIMENA CASTILLO GARAY	933098188
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
CASTILLOCGARAY@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	PASAJE COLON 6414
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TERAPEUTA OCUPACIONAL	MUNICIPALIDAD LA CISTERNA	PEDRO AGUIRRE CERDA 0101

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
18277314-K	CLAUDIA XIMENA CASTILLO GARAY	933098188
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
CASTILLOCGARAY@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión

SUPERIOR COMPLETA	PASAJE COLON 6414	TERAPEUTA OCUPACIONAL
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
MUNICIPALIDAD LA CISTERNA	PEDRO AGUIRRE CERDA 0101	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	CLAUDIA CASTILLO GARAY
Observaciones	
SI HUBIERA UNA URGENCIA SOLO LO PUEDE RETIRAR SU PADRE O ABUELOS	

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: 21-12-2020 08:26:56

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna