

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
ISABEL DANAЕ GODOY ITURRIAGA	180556583	ISABELDANAEGODOY@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24173077-8	TERCERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
GIUNTOLI	GODOY	FLORENCIA RAQUEL
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
21-01-2013	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
CADEHUALA 7771 BLOCK 9 DPTO 41		LO ESPEJO
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	953620301	ISABELDANAEGODOY@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ISABEL DANAЕ GODOY ITURRIAGA	MADRE	953620301
LUCAS SAUL GIUNTOLI PARRA	PADRE	941778164
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO WILLIS HOOVER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
209023245	LUCAS SAUL GIUNTOLI PARRA	941778164
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
LUCASGIUNTOLI912@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	CADEHUALA 7771 BLOCK 9 DPTO 41
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
COMERCIANTE		

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
180556583	ISABEL DANAЕ GODOY ITURRIAGA	953620301
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
ISABELDANAEGODOY@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	CADEHUALA 7771 BLOCK 9 DPTO 41
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DUEÑA DE CASA		

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono

180556583	ISABEL DANAE GODOY ITURRIAGA	953620301
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
ISABELDANAEGODOY@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	CADEHUALA 7771 BLOCK 9 DPTO 41	DUEÑA DE CASA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿ Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGELICA
¿ Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	ISABEL DANAE GODOY ITURRIAGA
Observaciones	
EL PADRE EN OCASIONES TAMBIÉN LA RETIRARÁ SU NOMBRE ES LUCAS SAUL GIUNTOLI PARRA	

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 09:58:40

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna