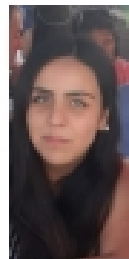
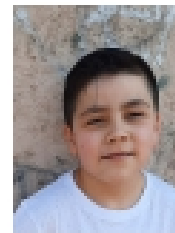




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



ERICK ANTONIO
SALAS RAMIREZ



ERICK SALAS SALAS

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23819134-3	QUINTO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
SALAS	SALAS	ERICK
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
10-12-2011	LO ESPEJO	CHILE?
Domicilio		Comuna
DURAZNO 8269		LO ESPEJO
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	94886462	ERICKSALAS.R@HOTMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ERICK SALAS	PADRE	948865462
JOCELYN ZAVALA	MADRE	995059763
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	WILLIS HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17278673-1	ERICK ANTONIO SALAS RAMIREZ	948865462
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
ERICKSALAS.R@HOTMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	AV LINCOLN 2516
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
PARTICULAR	PARTICULAR	000

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
18053857- 7	JOCELYN ESTEFANIA ZAVALA HORTA	948865462
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
JOCELYN1992_@HOTMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	AV LINCONL 2516 LO ESPEJO
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
PARTICULAR	PARTICULAR	000

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
PADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
172786731	ERICK ANTONIO SALAS RAMIREZ	948685462
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
ERICKSALAS.R@HOTMAIL.COM	MASCULINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	AV LINCOLN 2516	PARTICULAR
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
PARTICULAR	000	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
NO	NINGUNA	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
PADRE	ERICK SALAS RAMIREZ	
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: 13-12-2021 16:43:44

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna