



KATHERINE MOLINA
HUIRCAMAN

ANTONELLA BELÉN
BARRERA MOLINA

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
KATHERINE MOLINA	176101075	KATTY.MOLINA.B@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24326124-4	SEGUNDO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
BARRERA	MOLINA	ANTONELLA BELÉN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
07-07-2013	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
ANTONIO MACHADO 1590		LA PINTANA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	956455384	KATTY.MOLINA.B@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
KATHERINE MOLINA	MADRE	956455384
CHRISTIAN BARRERA	PADRE	932564940
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
WILLIS HOOVER LA CISTERNA	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
178764802	CHRISTIAN BARRERA AGUIRRE	932564940
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
CHRIS.BARRERA.K@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	ANTONIO MACHADO 1590
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ADMINISTRATIVO	SANTIAGO	UNION AMERICANA 12 OF 301

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
176101075	KATHERINE MOLINA HUIRCAMAN	956455384
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
KATTY.MOLINA.B@GMAIL.COM	SUPERIOR INCOMPLETA	ANTONIO MACHADO 1590, LA PINTANA
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
176101075	KATHERINE MOLINA HUIRCAMAN	956455384
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
KATTY.MOLINA.B@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR INCOMPLETA	ANTONIO MACHADO 1590, LA PINTANA	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	CRISTIANA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	KATHERINE MOLINA HUIRCAMAN
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	_____ 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 09:07:47

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna