



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Dayana parraga	27142503-1	dayanacpm@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
100405950-2	SEGUNDO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Labarca	Puraga	Andres David
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
07-08-2013	Agosto	Venezuela
Domicilio		Comuna
El patrón		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	936402983	andresdavidlabarca13@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
acrabal AndersonnosrednAaniel	PADRE	931189965
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Wiliam hoover	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
27015059-4	Anderson David la arca leal	931189965
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
andresdavidlabarca13@gmail.com	MEDIA COMPLETA	El patrón casa 081
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Troquelador	Troquel	

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
27142503-1	Dayana coromoto parraga medina	936402983
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
dayanacpm@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	El patrón casa 081
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
27142503-1	Dayana parraga	936402983
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
dayanacpm@gmail.com	Femenino	Soltero
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	El parron	Ingeniero civil
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Suelotest	El parron	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Cristianos catolicos
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	Dayana parraga
Observaciones	
La tía María le hace el transporte en su furgon	

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	No	
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
SI	Alergias	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
No puede comer huevo ni fresa		
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: 17-12-2020 07:58:02

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

