



COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna

## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Hebert Carvajal	13463542-8	hebert.carvajal@atlascope.com

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23875176-4	TERCERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Carvajal	Montero	Elizabeth Noemi
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
10-02-2012	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
San Ignacio de Loyola 999, D42G		Santiago
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	989256002	hijoscarvajalmontero24@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Karina	MADRE	989256002
hebert	PADRE	981390442
Astrid	HERMANO/A	936855686
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
willis hoover	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
134635428	Hebert Exel Carvajal Tello	981390442
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
hebert.carvajal@atlascope.com	SUPERIOR COMPLETA	san ignacio 999
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ing Electrico	Santiago	av el retiro 1270, renca

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15327076-7	Karina Angelica Montero Lopez	989256002
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
hijoscarvajalmontero24@gmail.com	MEDIA COMPLETA	san ignacio 999
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
15.3270767	KARINA ANGELICA MONTERO LOPEZ	989256002
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
HIJOSCARVAJALMONTERO24@GMAIL.COM	Femenino	Casado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	SAN IGNACIO 999	
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	karina montero
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: 19-12-2020 19:02:55

