



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



ABIGAIL PIZARRO



MATIAS VASQUEZ
VASQUEZ PIZARRO

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24337867-2	KINDER 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
VASQUEZ	PIZARRO	MATIAS VASQUEZ
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
04-08-2015	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
GRAN AVENIDA		SAN MIGUEL
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	997747424	APIZARRO@COLEGIOHOOVER.CL
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
SAMUEL VASQUEZ	PADRE	2147483647
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	GRAN AVENIDA	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
133654925	SAMUEL VASQUEZ	2147483647
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
SAMUELVASQUEZ@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	GRAN AVENIDA 5620
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
INFORMÁTICO	EMPRESA	GRAN AVENIDA 5620

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
168188552	ABIGAIL PIZARRO	969187610
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
APIZARRO@COLEGIOHOOVER.CL	SUPERIOR COMPLETA	GRAN AVENIDA 5620
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
PROFESORA	COLEGIO HOOVER	SAN SIMÓN 0614

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
168188552	ABIGAIL PIZARRO	2147483647
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
APIZARRO@COLEGIOHOOVER.CL	MASCULINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	GRAN AVENIDA 5620	PROFESORA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
COLEGIO HOOVER	SAN SIMÓN 0614	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
PADRE	SAMUEL VASQUEZ	
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		
TRATAMIENTO FONOAUDIOLÓGICO		

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: 09-12-2021 10:26:34

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna