







MAXIMILIANO ANTONIO SALAS ZAVALA

# FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

#### **Datos del Estudiante**

RUN	Curso	
23819134-3	QUINTO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
SALAS	ZAVALA	MAXIMILIANO ANTONIO
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 cuidad	lo especial, indique recomendaciones al C	Colegio
Observaciones		

He leído y acepto los siguientes doc	umentos 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: 13-12-2021 16:54:15

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna