



jocelyn zavala horta
18.053.857-7



maximiliano salas zavala

ERICK ANTONIO
SALAS RAMIREZ

MAXIMILIANO
ANTONIO SALAS
ZAVALA

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
ERICK SALAS	17278673-1	ERICKSALAS.R@HOTMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23819134-3	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
SALAS	ZAVALA	MAXIMILIANO ANTONIO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
10-12-2011	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
AV LINCOLN 2516		LO ESPEJO
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	948865462	
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ERICK SALAS	PADRE	948865462
JOCELYN ZAVALA	MADRE	995059763
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	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

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
18053857- 7	JOCELYN ESTEFANIA ZAVALA HORTA	
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
	MEDIA COMPLETA	AV LINCOLN 2516 LO ESPEJO
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

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 Educatacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	AV LINCOLN 2516	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿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 cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
Observaciones		

He leído y acepto los siguientes documentos del establecimiento:

Proyecto Educativo Institucional	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Manual de Convivencia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Reglamento Interno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Plan de Formación Ciudadana	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Firma del Padre o Madre

Firma del Apoderado

Fecha: 22-12-2020 07:23:50

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna