

# FICHA DE MATRÍCULA

## Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
MARIA TERESA SEPÚLVEDA ACEVEDO	18.723.784-K	MARIII.ACEVEDO.MS@GMAIL.COM

## Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24106459-K	TERCERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ARTIGA	SEPULVEDA	MARTINA ALEJANDRA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
02-11-2012	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
INES DE SUAREZ 6844		LO ESPEJO
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	981660012	MARIII.ACEVEDO.MS@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
MARIA SEPULVEDA	MADRE	981660012
ANDRES ARTIGA	PADRE	956074178
GENOVEVA ACEVEDO	ABUELO/A	997342160
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
WILLIS HOOVER	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	SI	

## Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17.781.297-8	ANDRES IGNACIO ARTIGA GUERRA	956074178
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
11ANDRESGUERRA@GMAIL.COM	MEDIA INCOMPLETA	DIAGONAL GASPAR 275
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DEPENDIENTE	CMTC	EYZAGUIRRE 01098

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
18.723.784-K	MARIA TERESA SEPULVEDA ACEVEDO	981660012
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
MARIII.ACEVEDO.MS@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	INES DE SUAREZ 6844
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TECNICO EN PARVULO		

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
18.723.784-K	MARIA TERESA SEPÚLVEDA ACEVEDO	981660012

Correo Electrónico	Género	Estado Civil
MARIII.ACEVEDO.MS@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	INES DE SUAREZ 6844	TECNICO EN PARVULOS
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	CATOLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
ABUELO/A	GENOVEVA ACEVEDO CASTRO
Observaciones	
FURGÓN CON AVISO	

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: 21-12-2020 09:55:55

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna