

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
FRANKLIN MARTÍNEZ	26492237-2	FRADOUAR@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
26794214-5	TERCERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
MARTÍNEZ	RAMÍREZ	ABI SAMANTHA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
10-02-2013	BARQUISIMETO	VENEZUELA
Domicilio	Comuna	
BRISAS DEL MAIPO 0448	LA CISTERNA	
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	2147483647	FRADOUAR@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
FRANKLIN	PADRE	2147483647
RAQUEL	MADRE	2147483647
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
26492237-2	FRANKLIN DOUGLAS MARTÍNEZ GRATEROL	2147483647
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
FRADOUAR@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	BRISAS DEL MAIPO 0448
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ING. MECÁNICO	IMPROMAS	LOS RAULÍES 700 QUILICURA

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
27022364-8	RAQUEL JAKELINE RAMIREZ TORRES	2147483647
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
RAQUELJAKELINER@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	BRISAS DEL MAIPO 0448
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
SECRETARIA	COLEGIO SAINT PHILLIPS OF NERY	ITALIA 0862

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
PADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
26492237-2	FRANKLIN DOUGLAS MARTÍNEZ GRATEROL	2147483647

Correo Electrónico	Género	Estado Civil
FRADOUAR@GMAIL.COM	MASCULINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	BRISAS DEL MAIPO 0448	ING. MECÁNICO
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
IMPROMAS	LOS RAULIES 700 QUILICURA	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGELIO
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
OTRO	TIA ANA MARIA
Observaciones	
TRANSPORTE ESCOLAR	

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	NINGUNO	2147483647
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
NO	NO	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
NO		
Observaciones		
NO		

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 10:00:40

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna