

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
CRISTINA SALAZAR CARVAJAL	19182983-2	CRISTINA.SALAZAR1518@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25049472-6	KINDER 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
MARCHANT	SALAZAR	SOPHIA EUNICE ABIGAIL
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
21-07-2015		
Domicilio		Comuna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
	NO	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
Correo Electrónico	Género	Estado Civil

Nivel Educacional	Dirección	Profesión
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
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	_____ 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 10:58:04

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna