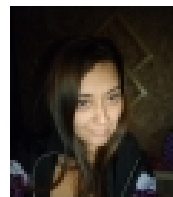
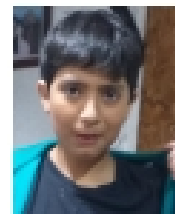




COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna



PAULINA ANDREA  
VALDES ASCUI



YUSEFF DAVID  
BURGOS VALDÉS

## FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22975354-1	OCTAVO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
BURGOS	VALDÉS	YUSEFF DAVID
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
21-03-2009	SANTIAGO	CHILE
Domicilio		Comuna
PASAJE EL HUALLE 310		PAINE
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	959570781	YUSEFFBURGOSS@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
LORENA ASCUI	ABUELO/A	967212680
PEDRO VALDES	ABUELO/A	968319109
MARIO BURGOS	PADRE	971068671
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	WILLIS HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO	NO	

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16660849K	MARIO BURGOS POBLETE	942317013
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
MARIOBURGOSHIJODELREY@GMAIL.COM	SUPERIOR INCOMPLETA	PASAJE EL HUALLE 310, PAINE
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
CONTADOR	SANTIAGO	DAVILA LARRAIN

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
164233308	PAULINA VALDES ASCUI	959570781
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
PAULYSKA@GMAIL.COM	SUPERIOR INCOMPLETA	PASAJE EL HUALLE 310, PAINE
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
INGENIERIA FINANCIERA	SCOTIABANK	BALMACEDA 472, BUIN

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
164233308	PAULINA ANDREA VALDES ASCUI	959570781
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
PAULYSKA@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR INCOMPLETA	AV ARGENTINA 1366	TÉCNICO FINANCIERO
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
SCOTIABANK	PEDRO AGUIRRE 5819 CERRILLOS	

## Datos Adicionales

¿ Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	EVANGELICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
OTRO	LORENA ASCUI	
Observaciones		
SE IRA SOLO		

## 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
SI	CLINICA INDISA	223625555
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
SI	ASMA	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
NO		
Observaciones		

He leído y acepto los siguientes documentos del establecimiento:

Proyecto Educativo Institucional	_____ SI
Manual de Convivencia	_____ SI
Reglamento Interno	_____ SI
Plan de Formación Ciudadana	_____ SI

_____ NO
_____ NO
_____ NO
_____ NO

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Madre

\_\_\_\_\_  
Firma del Apoderado

Fecha: 14-12-2021 16:31:29

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna