



## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Amelie	226078312	syrrmed.ltda@gmail.com

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22607831-2	OCTAVO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ROMERO	QUEZADA	AMELIE ISIDORA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
07-01-2008	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Florescia 1144 dpto 101		San Miguel
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	964277436	syrrmed.ltda@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Ricardo	PADRE	933177154
Andrea	HERMANO/A	930000912
Trabajo	MADRE	223411102
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
72088719	Ricardo Romero Arrue	933177154
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
syrrmed.ltda@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Florescia 1144 dpto 101
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Administración de empresa	Negocio propio	Manuel Montt 1151

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
83489022	Silvia Quezada Aburto	964277436
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
syrrmed.ltda@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	Florescia 1144 dpto 101
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
72088719	Ricardo Romero	933177154
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
syrrmed.ltda@gmail.com	Masculino	Casado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Florencia 1144 dpto 101	Administración de empresa
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Negocio propio	Manuel Montt 1151	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Evangélico
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
PADRE	Ricardo Romero
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: 19-12-2020 17:50:28

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

