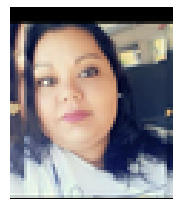
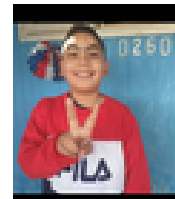




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



ALEJANDRA
PATRICIA QUEZADA
SOTO



PEDRO JOSE
QUEZADA QUEZADA

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23433504-9	SEXTO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
QUEZADA	QUEZADA	PEDRO JOSE
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
24-09-2010	SANTIAGO	CHILE
Domicilio	Comuna	
MÉXICO 02602	LO ESPEJO	
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	920210692	ALEJANDRAQUEZADA47@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ALEJANDRA QUEZADA	MADRE	920210692
JOSE QUEZADA	ABUELO/A	92119658
VIVIANA SOTO	ABUELO/A	975681323
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
SÓLO MADRE	HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
0	0	0
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
ALEJANDRAQUEZADA47@GMAIL.COM	BÁSICA COMPLETA	0
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
9	0	0

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
161474800	ALEJANDRA PATRICIA QUEZADA SOTO	920210692
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
ALEJANDRAQUEZADA47@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	MÉXICO 02602
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
OPERARIA	VIRUTEX	CAMINO MELIPILLA 7578

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
161474800	ALEJANDRA PATRICIA QUEZADA SOTO	920210692
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
ALEJANDRAQUEZADA47@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	MÉXICO 02602	OPERARIO
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
VIRUTEX	CAMINO MELIPILLA 7578	

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	
ABUELO/A	VIVIANA SOTO	
Observaciones		
TAMBIÉN PUEDE SER RETIRADO POR EL FURGÓN 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		
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
SI	ASMA	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
CONTROLAR LA RESPIRACIÓN EN CASO DE EJERCICIO		
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: 16-12-2021 09:46:38

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna