

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
RACHEL CONTRERAS	167139590	CONTRERAS.RACHEL@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22878387-0	SÉPTIMO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
LLANOS	CONTRERAS	ALONSO ANTONIO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
19-11-2008	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
GENERAL BAQUEDANO 2632		PEÑALOLÉN
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	984534164	CONTRERAS.RACHEL@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ANA MORALES	ABUELO/A	986602572
BEATRIZ SEPULVEDA	ABUELO/A	225259848
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
HOOVER	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

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

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
167139590	RACHEL CONTRERAS MORALES	984534164
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
CONTRERAS.RACHEL@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	GENERAL BAQUEDANO 2632
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	

RUN	Nombre Completo	Teléfono
167139590	RACHEL CONTRERAS MORALES	984534164
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
CONTRERAS.RACHEL@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	GENERAL BAQUEDANO 2632	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	CRISTIANA EVANGELICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
ABUELO/A	ANA MORALES POBLETE
Observaciones	
EN CASO QUE SEA OTRA PERSONA, SE AVISARA CON ANTICIPACIÓN.	

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 01:24:46

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna