



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

## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
CINTHIA ARLET MORALES ZYL	180613463	ESCACIN777@GMAIL.COM

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24585682-2	PRIMERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
BELLIDO	MEDINA	MATHIEU ALEXANDER
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
02-04-2014	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
PASAJE 33 #1993		LO ESPEJO
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	961581343	
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CINTHIA ARLET MORALES ZYL	MADRE	961581343
RONALD BELLIDO MEDINA	PADRE	989914339
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
147287968	RONALD ENRIQUE BELLIDO MEDINA	989914339
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
REBM15@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	PASAJE 33 #1993
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
OPERARIO DE PRODUCCIÓN	RENCA	CAMINO LO RUIZ 4470 -RENCA

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
180613463	CINTHIA ARLET MORALES ZYL	961581343
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
ESCACIN777@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	PASAJE 33 #1993
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ESTUDIANTE		

### Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
180613463	CINTHIA ARLET MORALES ZYL	961581343
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
ESCACIN777@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión

MEDIA COMPLETA	PASAJE 33 #1993	ESTUDIANTE
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	CINTHIA ARLET MORALES ZYL
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 10:34:21

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna