

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
CYNTHIA DUARTE FERNÁNDEZ	16280690-4	CYNTHIADUARTEFERNANDEZ9@GM AIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23693657-0	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
GÓMEZ	DUARTE	MONSERRAT IGNACIA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
14-07-2011	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
MEXICO 02071		LO ESPEJO
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	954706782	CYNTHIADUARTEFERNANDEZ9@GM AIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CYNTHIA DUARTE	MADRE	948714432
HUGO GÓMEZ	PADRE	954706782
TRABAJO PAPÁ	PADRE	942623296
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
C.E.P DR. WILLIS HOOVER K.	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
	HUGO ROLANDO GÓMEZ ARAVENA	954706782
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
	MEDIA COMPLETA	MEXICO 02071
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
CHOFER	DUEÑO CENTRAL RADIO TAXI MATEO	LÓPEZ MATEO

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16280690-4	CYNTHIA ANDREA DUARTE FERNÁNDEZ	948714432
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
CYNTHIADUARTEFERNANDEZ9@GMA IL.COM	MEDIA COMPLETA	MEXICO 02071
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DUEÑA DE CASA	CASA	MEXICO 02071

Datos del Apoderado

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

16280690-4	CYNTHIA ANDREA DUARTE FERNÁNDEZ	948714432
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
CYNTHIADUARTEFERNADEZ9@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	MÉXICO 02071	DUEÑA DE CASA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
CASA	MÉXICO 02071	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
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		
FOTOS ENVIADAS AL CORREO DE PROFESORA.		

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: 22-12-2020 12:16:32

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna