



## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Cristina ortigoza	25245992-8	cristinaortigozag@gmail.com

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25245997-9	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
MARQUEZ	ORTIGOZA	DANIEL ALBERTO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
01-12-2011	Maracaibo	Venezuela
Domicilio		Comuna
Irene freí 6596		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	951252767	cristinaortigozag@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Deyvith Márquez	PADRE	966813031
Evelon marquez	TIO/A	9684434444
Michell marquez	TIO/A	995953415
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Colegio willin hoover	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
25188487-7	Deyvith daniel marquez uzcategui	966813031
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
ddmar519@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	Irene freí 6596
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Electrónica	Lipigas	Ovalle

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
25245992-8	Cristina Ortigoza García	951252767
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
cristinaortigozag@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	Irene freí 6596
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Relaciones industriales	Casa	Casa
-------------------------	------	------

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
25245992-8	Cristina Ortigoza	951252767
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
cristinaortigozag@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	Irene freí 6596	Ama de casa
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Casa	Casa	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Iglesia de Jesucristo de los Santo de los últimos días (mormones)
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	Cristina Ortigoza
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: 17-12-2020 10:13:30

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

