



## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Cristian Moreno	12270250-2	cristianmorenocavieres@gmail.com

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24770449-3	PRIMERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Moreno	Villalon	Mical Jael
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
	Santiago	Chile?
Domicilio	Comuna	
Av.Ossa N°1949 Block N°23 Departamento N°24	San Ramón	
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	994494449	cristianmorenocavieres@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Cristian Moreno	PADRE	994494449
Susana Villalon	MADRE	972127776
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Colegio Hoover	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
12270250-2	Cristian Andres Moreno Cavieres	994494449
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
cristianmorenocavieres@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Av.Ossa N°1949 Block N°23 Departamento N°24
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Jefe de Logística	Ferrostaal Graphics SPA	Av.Lo Espejo 1565, Lo Espejo

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15367144-3	Susana Rebeca Villalon Jaramillo	972127776
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
susanavillalonj@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	Av.Ossa N°1949 Block N°23

		Departamento N°24
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Administradora de Empresas	Municipalidad de San Ramon	Av.Ossa N°1771

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
PADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
12270250-2	Cristian Andres Moreno Cavieres	994494449
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
cristianmorenocavieres@gmail.com	Masculino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Av.Ossa N°1949 Block N°23 Departamento N°24	Jefe de Logistica
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Ferrostaal Graphics SPA	Av.Lo Espejo 1565, Lo Espejo	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Evangelica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
PADRE	Cristian Moreno
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: 14-12-2020 20:40:25

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna