



INGRID GIOCONDA
SÁEZ ANTÚNEZ
RUT: 6.649.520-5

INGRID SAEZ



AMPARO VALENTINA
ZAMORA OSSES
RUT:23.851.405-3

AMPARO VALENTINA
ZAMORA OSSES

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
INGRID SAEZ	66495205	JAFEAMBR@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23851405-3	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ZAMORA	OSSES	AMPARO VALENTINA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
15-01-2012	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
SAN MIGUEL 9060		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	966960997	GZAMORASAEZ@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
GERT	TIO/A	962963197
HANS	PADRE	991764830
INGRID	ABUELO/A	966960997
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
WILLIS HOOVER	SÓLO PADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
178120948	HANS ZAMORA	991764830
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
ZAMORASAEZ@GMAIL.COM	SUPERIOR INCOMPLETA	SAN MIGUEL 9060
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
GUARDIA	METRO S.A	METRO

Datos de la Madre

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

Datos del Apoderado

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

RUN	Nombre Completo	Teléfono
66495205	INGRID SAEZ	966960997
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
JAFEAMBR@GMAIL.COM	FEMENINO	DIVORCIADO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	SAN MIGUEL 9060	DOCENTE
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
JUBILADA	X	

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
OTRO	
Observaciones	
PUEDE RETIRARLA CUALQUIER MIEMBRO DE LA FAMILIA, MADRE NO AUTORIZADA	

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 03:26:20

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna