



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



LORETO ABACA
LEYTON



DIEGO ALEJANDRO
RODRÍGUEZ ABACA

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
LORETO ABACA	13254757-2	MATIMILO@GAMIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22716282-1	SÉPTIMO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
RODRÍGUEZ	ABACA	DIEGO ALEJANDRO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
06-05-2008		CHILE?
Domicilio		Comuna
MENORCA 857		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	997018467	MATUMILO@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
LORETO ABACA	MADRE	997018467
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
WILLIS HOOVER	HERMANO/A	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

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

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13254757-2	LORETO ABACA LEYTON	997018467
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
MATIMILO@GMAIL.COM	SUPERIOR INCOMPLETA	
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
SECRETARÍA	ESCUELA OSCAR ENCALADA	PEDRO AGUIRRE CERDA

Datos del Apoderado

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

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13254757-2	LORETO ABACA LEYTON	997018467
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
MATIMILO@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR INCOMPLETA	MENORCA 857	SECRETARIA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
ESCUELA OSCAR ENCALADA	PEDRO AGUIRRE CERDA	

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	NO	997018467
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
SI	ASMA CRÓNICA	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
LLAMAR AL APODERADO		
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 01:28:16

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna