

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
PAZ	25.083.048-3	ALBARRAN.CATHERINE@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25083048-3	KINDER 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
YAÑEZ	ALBARRÁN	PAZ IGNACIA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
24-08-2015	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
CARVAJAL 0238 - DEPTO 103		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	948442709	ALBARRAN.CATHERINE@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
HERNAN YAÑEZ	PADRE	996476583
HERNAN YAÑEZ	PADRE	935554299
GENOVEVA ESCOBAR	ABUELO/A	962767745
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
GUIA ESTUDIANTIL	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15893449.3	HERNAN DAVID YAÑEZ DIAZ	935554299
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
HERNANYD@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	CARVAJAL 0238 DEPTO 103
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
INGENIERO INFORMATICO	CONSTRUCTORA IMPG	

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15512990-5	CATHERINE SOLANGE ALBARRAN ESCOBAR	948442709
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
ALBARRAN.CATHERINE@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	CARVAJAL 0238 DEPTO 103
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
PROFESORA ED. BÁSICA		

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
15512990-5	CATHERINE SOLANGE ALBARRÁN	948442709

	ESCOBAR	
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
ALBARRAN.CATHERINE@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	CARVAJAL 0238 DEPTO 103	PROFESORA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	CATHERINE ALBARRAN ESCOBAR
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: 21-12-2020 10:59:57

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna