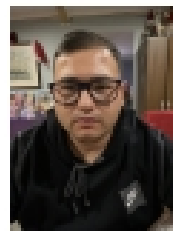




COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna



BRAYAN SUAZO  
FERRADA



DOMINIQUE ANTONIA  
SUAZO DIAZ

## FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24205704-K	CUARTO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
SUAZO	DIAZ	DOMINIQUE ANTONIA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
28-02-2013	SANTIAGO	CHILE
Domicilio		Comuna
CANAL DE CORINTIO 8828		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	936942369	ANTONIO.SF@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
NAYARETH DÍAZ	MADRE	975478340
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
SÓLO MADRE	COLEGIO HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
18773582-3	BRAYAN SUAZO FERRADA	936942369
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
ANTONIO.SF@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	EDUARDO FREI MONTALVA 1567, LO ESPEJO
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
INDEPENDIENTE	NINGUNO	NINGUNO

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
18937684-7	NAYARETH DÍAZ	942066209
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
NAYARETHD708@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	CANAL DE CORINTIO 8828, LA CISTERNA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DUEÑA DE CASA	NINGUNO	NINGUNO

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
PADRE	NO	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
18773582-3	BRAYAN SUAZO FERRADA	942066209
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
NAYARETHD708@GMAIL.COM	MASCULINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	EDUARDO FREI MONTALVA 1567, LO ESPEJO	INDEPENDIENTE
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
NINGUNO	NINGUNO	

## Datos Adicionales

¿ Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
NO	OTRA	NO
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
PADRE	SUAZO FERRADA	
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
Manual de Convivencia	_____ SI
Reglamento Interno	_____ SI
Plan de Formación Ciudadana	_____ SI

_____ NO
_____ NO
_____ NO
_____ NO

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Madre

\_\_\_\_\_  
Firma del Apoderado

Fecha: 14-12-2021 12:05:38

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna