



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Fabiola Flores Carrasco	16.044.327-8	f.florescarrasco12@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24120070-1	TERCERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
HUAIQUIMIL	FLORES	EMILIA JOSEFA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
19-11-2012	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Pasaje Tampico 7884		Lo Espejo
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	987218772	f.florescarrasco12@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Fabiola Flores	MADRE	987218772
Carlos Huaiquimil	PADRE	983604145
Jacqueline Carrasco	ABUELO/A	995224360
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
willis hoover	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16.385.096-6	Carlos Francisco Huaiquimil Vergara	983604145
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
carloslixs@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	Lago Rupanco 2551 peñalolen
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
programador informatico	Anida Consultores	Mac iver 283 piso 4

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16.044.327-8	Fabiola Jacqueline Flores Carrasco	987218772
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
f.florescarrasco12@gmail.com	MEDIA COMPLETA	pasaje Tampico 7884 Lo Espejo
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

ninguna	ninguno	ninguno
---------	---------	---------

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
16.044.327-8	Fabiola Jacqueline Flores Carrasco	987218772
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
f.florescarrasco12@gmail.com	Femenino	Separado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Pasaje Tampico 7884	ninguna
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
ninguno	ninguno	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	evangelica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
OTRO	Sebastian Maldonado
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?	
SI	ASMA ESTACIONARIA	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
asma estacionaria		
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: 19-12-2020 13:42:56

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

