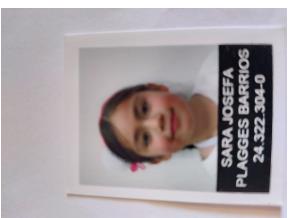




MARTA ANDREA
BARRIOS OGAZ



MARTA ANDREA
BARRIOS OGAZ

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
MARTA BARRIOS	12676675-0	MBPANADERIA@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24322304-0	SEGUNDO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
BARRIOS	OGAZ	MARTA ANDREA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
30-06-2013	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
ARGENTINA 1980		SAN RAMÓN
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	228081819	MBPANADERIA@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
MARTA BARRIOS	MADRE	992502970
LUIS PLAGGES	PADRE	959410881
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13837906-K	LUIS FELIPE PLAGGES AZOCAR	959410881
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
LFPLAGGES@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	ARGENTINA 1980
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
INDUSTRIAL PANADERIA	PANADERIA	FERNANDEZ ALBANO 1806

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
12676675-0	MARTA ANDREA BARRIOS OGAZ	992502970
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
MBPANADERIA@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	ARGENTINA 1980
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
INDUSTRIAL PANADERIA	PANADERIA	FERNANDEZ ALBANO 1806

Datos del Apoderado

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

12676675-0	MARTA ANDREA BARRIOS OGAZ	992502970
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
MBPANADERIA@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR INCOMPLETA	ARGENTINA 1980	INDEPENDIENTE
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
PANADERIA	FERNANDEZ ALBANO 1806	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGELICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
PADRE	LUIS FELIPE PLAGGES AZOCAR
Observaciones	NO SABEMOS AUN SI TENDRÁ FURGON ESCOLAR , EVENTUALMENTE PUEDAN ASISTIR AL COLEGIO EL AÑO 2021

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
SI	HELP	800800911
¿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	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Manual de Convivencia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Reglamento Interno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Plan de Formación Ciudadana	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Firma del Padre o Madre

Firma del Apoderado

Fecha: 21-12-2020 09:40:50

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna