



CARLOS ALBERTO  
ULLOA AGUILAR



ISRAEL MATIAS  
ULLOA LEIVA

## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
CARLOS	9968487-9	CALBERTOUAGUILAR@GMAIL.COM

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22904865-1	SÉPTIMO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ULLOA	LEIVA	ISRAEL MATIAS
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
25-12-2008	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
CARLOS EDWARDS 1160, DPTO. 51		SAN MIGUEL
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	996854475	CALBERTOUAGUILAR@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CARLOS	PADRE	996854475
SARA	MADRE	996852089
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO HOOVER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
9968487-9	CARLOS ALBERTO	996854475
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
CALBERTOUAGUILAR@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	CARLOS EDWARDS 1160, DPTO 51, SAN MIGUEL
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ADMINISTRADOR PÚBLICO	TESORERÍA REGIONAL SANTIAGO SUR	GRAN AVENIDA 4252

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17180802-2	SARA ESTHER LEIVA OYARCE	996852089
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
SARA.LEIVA@SUBDERE.GOV.CL	SUPERIOR COMPLETA	CARLOS EDWARDS 1160, DPTO. 51, SAN MIGUEL
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ADMINISTRADOR PÚBLICO	SUBDERE	TEATINOS 92

### Datos del Apoderado

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

PADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
9968487-9	CARLOS ALBERTO ULLOA AGUILAR	996854475
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
CALBERTOUAGUILAR@GMAIL.COM	MASCULINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	CARLOS EDWARDS 1160, DPTO. 51, SAN MIGUEL	ADMINISTRADOR PÚBLICO
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
TESORERÍA REGIONAL SANTIAGO SUR	GRAN AVENIDA 4252	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	ADVENTISTAS DEL SÉPTIMO DÍA.
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
OTRO	POR CONFIRMAR
Observaciones	EL AÑO 2021 SE ESTÁ GESTIONANDO EL RETIRO DE LOS ALUMNOS POR UNA PERSONA A CONFIRMAR QUE SE INFORMARÁ OPORTUNAMENTE AL COLEGIO.

## 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	<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 03:07:27

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna