

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
SOLANGE ASTRID RAMOS GACITÚA	163897679	SOLANGERAMOS.G@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23464999-K	QUINTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
PARRA	RAMOS	CARLOS RAMON
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
01-11-2010	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
BRISAS DEL MAIPO 01039		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	963670515	SOLANGERAMOS.G@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
RAMON PARRA	PADRE	999452780
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
141815644	RAMÓN ARTURO PARRA CHEUQUIAN	999452780
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
SOLANGERAMOS.G@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	BRISAS DEL MAIPO 01039 LA CISTERNA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
METRO		

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
163897679	SOLANGE ASTRID RAMOS GACITÚA	963670515
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
SOLANGERAMOS.G@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	BRISAS DEL MAIPO 01039 LA CISTERNA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
METRO		

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
163897679	SOLANGE ASTRID RAMOS GACITÚA	963670515

Correo Electrónico	Género	Estado Civil
SOLANGERAMOS.G@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	BRISAS DEL MAIPO 01039 LA CISTERNA	METRO
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	CATÓLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
OTRO	TÍA ANA MARÍA
Observaciones	
RETIRA AL ALUMNO PADRE. MADRE Y LA TÍA ANA MARÍA	

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: 22-12-2020 12:14:54

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna