



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
MARTA MORGA YAÑEZ	11710971-2	CARRILLOBELENM@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24719548-3	PRIMERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CARILLO	MORAGA	BENJAMÍN ISMAEL
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
20-08-2014	SAN MIGUEL	CHILE?
Domicilio		Comuna
JORGE CÁCERES 742		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	945575636	CARRILLOBELENM@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
FREDDY CARILLO	PADRE	
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
	FREDDY CARRILLO ROGEL	
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
	BÁSICA COMPLETA	JORGE CÁCERES 742
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
MAESTRO	CONSTRUCCIÓN	TEMPORALMENTE SIN CONTRATO.

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
11710971-2	MARTA MORGA YAÑEZ	945575636
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
CARRILLOBELENM@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	JORGE CÁCERES 742
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
AUXILIAR DE ASEO	BANCO ESTADO	MONEDA. SANTIAGO CENTRO

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
11710971-2	MARTA MORGA YAÑEZ	945575636
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
CARRILLOBELENM@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión

MEDIA COMPLETA	JORGE CÁCERES 742	AUXILIAR DE ASEO
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
BANCO ESTADO	MONEDA. SANTIAGO CENTRO	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	MARTA MORGA YAÑEZ
Observaciones	
RETIRA TAMBIÉN, SU HERMANA: BELÉN CARILLO	

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 11:41:46

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna