



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
MARCELA ESCAMILLA	13452284-4	contabilidad.m.esc@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23504754-3	QUINTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ALARCON	ESCAMILLA	AMANDA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
28-11-2010	SANTIAGO	Chile?
Domicilio		Comuna
SALESIANOS 1960		Pedro Aguirre Cerda
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	-984090461	contabilidad.m.esc@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
MARCELA ESCAMILLA	MADRE	984090461
JOSUE ALARCON	PADRE	92993417
MATIAS ALARCON	HERMANO/A	984096924
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
HOOVER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
9900825-3	JOSUE ALARCON HUERTA	92993417
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
josuealarcon@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	SALESIANOS 1960, PAC
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
EMPRESARIO	TRANSPORTES RADIOVAN LTDA	DEPARTAMENTAL 2045, PAC

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
134522844	MARCELA ESCAMILLA BARRERA	984090461
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
contabilidad.m.esc@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	SALESIANOS 1960, PAC
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
13452284-4	MARCELA ESCAMILLA BARRERA	984090461
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
contabilidad.m.esc@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	SALESIANOS 1960, PAC	CONTADOR AUDITOR
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
TRANSPORTES RADIOVAN LTDA	DEPARTAMENTAL 2045, PAC	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	CRISTIANA EVANGELICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	MARCELA ESCAMILLA BARRERA
Observaciones	
GENERALMENTE LA MADRE, TAMBIEN PUEDE SER EL PADRE O HERMANO MAYOR MATIAS, Y EN CASOS ESCEPCIONALES ALGUN OTRO FAMILIAR O PERSONA SOLO BAJO MI AUTORIZACION.	

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: 16-12-2020 11:57:21

