



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
guillermo pardo torres	15540455-8	pardoguille60@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23223379-6	SEXTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
PARDO	PALMA	FELIPE NICOLAS
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
10-01-2010	santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
paulina # 6781		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	953316827	pardoguille60@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
luzvenia torres	ABUELO/A	227257584
martha	OTRO	976892090
guillermo pardo	PADRE	953316827
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
willis hoover	SÓLO PADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15540455-8	guillermo adrian pardo torres	953316827
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
pardoguille60@gmail.com	SUPERIOR INCOMPLETA	paulina # 6781
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
electricista	chilexpress	freire #632

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
000000000	valeria palma valdebenito	0
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
pardoguille60@gmail.com	BÁSICA INCOMPLETA	000000000000
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

000000000

0000000000

0000000000

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
ABUELO/A	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
10289152-k	luzvenia del carmen torres quezada	920823662
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
pardoguille60@gmail.com	Femenino	Soltero
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
BÁSICA INCOMPLETA	paulina # 6781	dueña de casa
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
casa	paulina # 6781	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	evangelica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
ABUELO/A	luzvenia torres quezada
Observaciones	
se retira en furgon escolar falta definir a quien contratar	

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	000000	0
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
SI	un tipo de transtorno de sueño	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
no ha sido definida		
Observaciones		
no hemos podido saber por que se suspendio el tratamiento por la pandemia		

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: 19-12-2020 14:53:54

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

