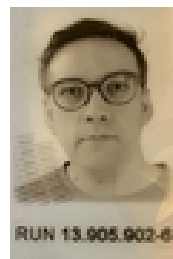
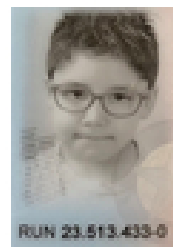




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



DANIEL MEDINA
PEÑA



TOMAS VICENTE
MEDINA VIDAL

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23513433-0	SEXTO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
MEDINA	VIDAL	TOMAS VICENTE
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
28-12-2010	SANTIAGO	CHILE
Domicilio		Comuna
PLAZA CASTELAR 01160 DEPTO 433		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	984332512	DANIELMEDINACHILE@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
DIANA VIDAL	MADRE	982288146
DANIEL MEDÍ A	PADRE	984332512
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
139059026	DANIEL ALONSO MEDINA PEÑA	984332512
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
DANIELMEDINACHILE@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	PLAZA CASTELAR 01160
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
HOTELERIA	HOTEL DIRECTOR	PLAZA CASTELAR 01160

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
151140661	DIANA DE LOS ÁNGELES VIDAL HERRERA	982288146
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
DIANAVIDALH@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	PLAZA CASTELAR 01160
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ASISTENTE SOCIAL	CESAM	LO ESPEJO

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
PADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
139059026	DANIEL MEDINA PEÑA	984332512
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
DANIELMEDINACHILE@GMAIL.COM	MASCULINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	PLAZA CASTELAR 01160	HOTELERÍA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
HOTEL DIRECTOR	VITACURA 3600	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	CRISTIANA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
ABUELO/A	ALBERTO VIDAL	
Observaciones		
ABUELO, O PAPÁ O MAMÁ		

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?	
SI	ASMA	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
INHALADOR POR EL ASMA		
Observaciones		

He leído y acepto los siguientes documentos del establecimiento:

Proyecto Educativo Institucional	_____ SI
Manual de Convivencia	_____ SI
Reglamento Interno	_____ SI
Plan de Formación Ciudadana	_____ SI

_____ NO
_____ NO
_____ NO
_____ NO

Firma del Padre o Madre

Firma del Apoderado

Fecha: 15-12-2021 18:57:45

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna