



COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna

JACQUELINE ROJAS  
FIGUEROA

AMARO IGNACIO  
GONZALEZ ROJAS

## FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23541112-1	SEXTO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
GONZALEZ	ROJAS	AMARO IGNACIO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
20-01-2011	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
PLAZA CASTELAR 01190 T2 DEPTO 54		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	951967417	ROJAS.JACQUELINE@HOTMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
JACQUELINE	MADRE	951967417
JOSE ROJAS	ABUELO/A	963681155
ROSA FIGUEROA	ABUELO/A	991571644
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
SÓLO MADRE	COLEGIO HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15427206-4	JORGE	0
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
ROJAS.JACQUELINE@HOTMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	0
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
0	0	0

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17283132K	JACQUELINE ROJAS FIGUEROA	951967417
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
ROJAS.JACQUELINE@HOTMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	PLAZA CASTELAR 01190 T 2 DEPTO 54
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ADMINISTRATIVA	TELETRABAJO	DOMICILIO

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
17283132K	JACQUELINE ROJAS FIGUEROA	951967417
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
ROJAS.JACQUELINE@HOTMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	PLAZA CASTELAR 01190 T2 D 54	ADMINISTRATIVA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
DOMICILIO	DOMICILIO	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
NO	NINGUNA	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	JACQUELINE ROJAS	
Observaciones		

## 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
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: 13-12-2021 13:43:25

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna