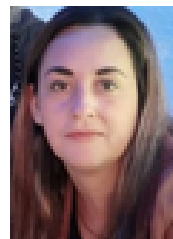
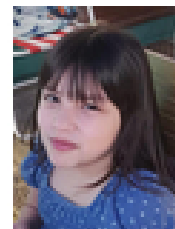




COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna



VALESKA  
ALEJANDRA IBÁÑEZ  
ALVARADO



JOSEFA ANTONIA  
RIVERA IBÁÑEZ

## FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24370825-7	TERCERO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
RIVERA	IBÁÑEZ	JOSEFA ANTONIA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
20-08-2013	SANTIAGO	CHILE
Domicilio	Comuna	
LLICO 542	SAN MIGUEL	
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	56959682184	VAIA1982@HOTMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
VALESKA IBÁÑEZ	MADRE	56959682184
MAURICIO RIVERA	PADRE	56987443894
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	ROSA MARCKMANN	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO	NINGUNA	

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
153964440	MAURICIO ESTEBAN RIVERA GORMAZ	56987443894
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
MAURIRIVER33@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	LLICO 542
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
VENDEDOR	LUCAS BLANDFORD	PANAMERICANA NORTE 5305

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
154371648	VALESKA ALEJANDRA IBÁÑEZ ALVARADO	56959682184
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
VAIA1982@HOTMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	LLICO 542
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DUEÑA DE CASA	CASA	CASA

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
154371648	VALESKA ALEJANDRA IBÁÑEZ ALVARADO	56959682184
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
VAIA1982@HOTMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	LLICO 542	DUEÑA DE CASA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
CASA	CASA	

## Datos Adicionales

¿ Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	
¿ Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	VALESKA IBÁÑEZ	
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
SI	METLIFE	6003903000
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
NO	NO	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
NO		
Observaciones		
NO		

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: 20-12-2021 14:46:29

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna