

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Diego Gonzalez	17663549-5	diego.gonzalez.bhc@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23754004-2	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
GONZALEZ	CASTRO	DIEGO BENJAMIN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
23-09-2011	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Chapal 02555		Lo Espejo
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	3	
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
	NO	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

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

Ficha Clínica

	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: 19-12-2020 13:01:44

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna