



## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Renata Antonia	231689246-k	maria.jara@live.cl

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23168946-k	SEXTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CRUZAT	JARA	RENATA ANTONIA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
31-10-2009	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
AVENIDA EL PARRON 380		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	991290752	maria.jara@live.cl
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Maria Jara Campos	MADRE	991290752
Aaron Cruzat Orostica	PADRE	998172691
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO WILLIS HOOVER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
12587572-6	AARON RODOLFO CRUZAT OROSTICA	998172691
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
maria.jara@live.cl	SUPERIOR COMPLETA	Avenida El Parron 380 La Cisterna
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Mecanico	Av.El Parron 380 La Cisterna	Av.El Parron 380 La Cisterna

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13144127-4	MARIA EULOGIA JARA CAMPOS	991290752
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
maria.jara@live.cl	MEDIA COMPLETA	Av.El Parron 380 La Cisterna

Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
131441274	MARIA EULOGIA JARA CAMPOS	991290752
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
maria.jara@live.cl	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Av.El Parron 380 La Cisterna	
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
MADRE	MARIA JARA
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	_____ 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: 16-12-2020 17:28:03

