



RUTH XIMENA
GONZALEZ
REBOLLEDO



JOSEFA ESTHER DEL
PINO GONZÁLEZ

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
RUTH GONZALEZ R	14384101-4	RXIMEGONREBOLLEDO@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23201683-3	SEXTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
DEL PINO	GONZÁLEZ	JOSEFA ESTHER
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
16-12-2009	CONCEPCION	CHILE?
Domicilio		Comuna
TRINIDAD RAMIREZ 1010 DEPTO 808 B		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	964520290	RXIMEGONREBOLLEDO@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
RUTH GONZALEZ	MADRE	964520290
DANIEL GONZALEZ	ABUELO/A	93215270
XIMENA RBOLLEDO	ABUELO/A	99641847
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO HOOVER	SÓLO MADRE	
¿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
14384101- 4	RUTH XIMENA GONZALEZ REBOLLEDO	964520290
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
RXIMEGONEBOLLEDO@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	SAN PEDRO DE LA PAZ
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
EDUCADORA DE PARVULOS	VITAMINA WORK LIFE	LA PARROQUIA 47 LA FLORIDA

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
14384101-4	RUTH XIMENA GONZALEZ REBOLLEDO	964520290
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
RXIMEGONREBOLLEDO@GMAIL.COM	FEMENINO	SEPARADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	TRINIDAD RAMIREZ 1010 DEPTO 808 B	EDUCADOR DE PÁRVULOS
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
VITAMINA LA FLORIDA	LA PARROQUIA 47 LA FLORIDA	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
TIO/A	FRANCISCA GONZALEZ R
Observaciones	
EL PADRE NO ESTA AUTORIZADO A RETIRAR A LA NIÑA.	

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: 21-12-2020 03:18:23

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna