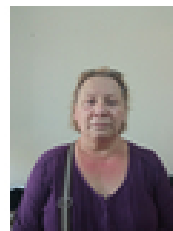
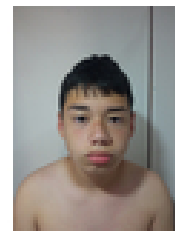




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



ROSSANA DEL
CARMEN GALLARDO
SALINAS



MARTIN ELIAS
SALINAS MORAGA

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23154654-5	SÉPTIMO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
SALINAS	MORAGA	MARTIN ELIAS
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
23-10-2009	SANTIAGO	CHILE
Domicilio		Comuna
CHILE ESPAÑA #8004		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	932890833	ROSSI191060@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
MIRIAM ACEBEDO	TIO/A	2147483647
GONZALO MORAGA	HERMANO/A	987096592
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
ABUELOS	HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
...	...	0
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
ROSSI191060@GMAIL.COM	MEDIA INCOMPLETA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
....

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
.....	0
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
ROSSI191060@GMAIL.COM	NINGUNO
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
.....

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
ABUELO/A	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
9.098.420-9	ROSSANA DEL CARMEN GALLARDO SALINAS	932890833
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
ROSSI191060@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA INCOMPLETA	CHILE ESPAÑA #8004 LA CISTERNA	DUEÑA DE CASA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
CASA	CHILE ESPAÑA #8004 LA CISTERNA	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
NO	OTRA	NO
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
ABUELO/A	ROSSANA DEL CARMEN GALLARDO SALINAS	
Observaciones		
RETIRA EL ALUMNO LOS ABUELOS Y UN TÍO TAMBIÉN SE PUEDE IR SOLO		

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: 17-12-2021 12:34:09

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna