



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
paulina valdes	164233308	paulyska@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22975354-1	SÉPTIMO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
BURGOS	VALDÉS	YUSEFF DAVID
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
21-03-2009		Chile?
Domicilio		Comuna
pasaje el hualle 310		Paine
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino		
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16660849k	mario burgos poblete	942317013
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
marioburgoshijodelrey@gmail.com	SUPERIOR INCOMPLETA	pasaje el hualle 310, paine
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
contador	santiago	davila larrain

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
164233308	paulina valdes ascui	959570781
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
paulyska@gmail.com	SUPERIOR INCOMPLETA	pasaje el hualle 310, paine
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
PADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
16660849K	MARIO BURGOS POBLETE	942317013
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
marioburgoshijodelrey@gmail.com	Masculino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR INCOMPLETA	pasaje el hualle 310, paine	contador
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
delontue	davila larrain	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	evangelica
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
OTRO	
Observaciones	
se ira 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
SI	clinica indisa	223625555
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
SI	asma	
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: 17-12-2020 13:37:41

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

