



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

| Nombre | RUN | Correo Electrónico |
|------------|------------|-------------------------|
| Karen Mora | 26693513-7 | Karendelima07@gmail.com |

Datos del Estudiante

| RUN | Curso | |
|-------------------------------------|--|-------------------------|
| 100368939-1 | OCTAVO BÁSICO 2021 | |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres |
| LIMA | MORA | LEAKIM SAMUEL |
| Fecha de Nacimiento | Ciudad Nacimiento | País de Origen |
| 13-10-2007 | Caracas | Venezuela |
| Domicilio | | Comuna |
| Fernandez albano 492 dpto. 607 b | | La Cisterna |
| Género | Teléfono | Correo Electrónico |
| Masculino | 56958781470 | Karendelima07@gmail.com |
| Teléfonos de contacto y/o urgencias | | |
| Nombre | Parentesco | Número |
| Nelson Lima | PADRE | 56944220112 |
| | | |
| | | |
| 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 |
|---------------------------|-------------------------|--|
| 26348828-8 | Nelson Vicente Lima Moy | 56944220112 |
| Correo Electrónico | Nivel Educativo | Dirección |
| Nelsonlimamoycl@gmail.com | SUPERIOR COMPLETA | Av. Elias Fernandez Albano 492 Dpto 607B |
| Profesión | Lugar de Trabajo | Dirección de Trabajo |
| Ingeniero Industrial | Entel | Andres Bello 2711 edificio costanera |

Datos de la Madre

| RUN | Nombre Completo | Teléfono |
|-------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 26693513-7 | Karen Yurubi Mora Castro | 56958781470 |
| Correo Electrónico | Nivel Educativo | Dirección |
| Karendelima07@gmail.com | SUPERIOR COMPLETA | Av. Elias Fernandez Albano 492 Dpto |

| | | |
|-------------------------|------------------|----------------------|
| | | 607B |
| Profesión | Lugar de Trabajo | Dirección de Trabajo |
| Karendelima07@gmail.com | | |

Datos del Apoderado

| | | |
|---------------------------------|--|-------------------------|
| Vínculo que lo une al alumno(a) | ¿Vive con el niño? | |
| MADRE | SI | |
| RUN | Nombre Completo | Teléfono |
| 26693513-7 | Karen Yurubi Mora Castro | 56958781470 |
| Correo Electrónico | Género | Estado Civil |
| Karendelima07@gmail.com | Femenino | Casado |
| Nivel Educacional | Dirección | Profesión |
| SUPERIOR COMPLETA | Av. Elias Fernandez Albano 492 Dpto 607B | Karendelima07@gmail.com |
| Lugar de Trabajo | Dirección de Trabajo | |
| | Av. Elias Fernandez Albano 492 Dpto 607B | |

Datos Adicionales

| | |
|--|---------------------------|
| ¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión? | ¿Cuál? |
| SI | Catolica |
| ¿Quién retira a su hijo del Establecimiento? | Indique nombre y apellido |
| MADRE | Karen Mora |
| 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 | Isapre | 56944220112 |
| ¿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 18:53:02

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna