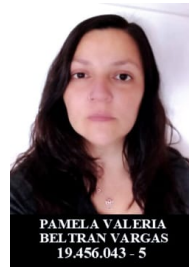




COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna



PAMELA BELTRAN  
VARGAS



CRISTÓBAL ALONSO  
PARRA BELTRÁN

## FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24523015-K	TERCERO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
PARRA	BELTRÁN	CRISTÓBAL ALONSO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
29-01-2014	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
PLAZA CASTELAR #01190		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	964268510	PAME.BEL2529@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
PAMELA BELTRAN	MADRE	964268510
PABLO PARRA	PADRE	90706692
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	COLEGIO HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13.476.660-3	PABLO PARRA ZAMORANO	90706692
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
PABLOPARRAZ@HOTMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	PLAZA CASTELAR #01190
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
COMUNICACIÓN AUDIOVISUAL	INDEPENDIENTE	DESDE CASA

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
19.456.043-5	PAMELA BELTRAN VARGAS	964268510
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
PAME.BEL2529@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	PLAZA CASTELAR#01190
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ALIMENTACIÓN	DUEÑA DE CASA	CASA

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
19.456.043-5	PAMELA BELTRAN VARGAS	964268510
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
PAME.BEL2529@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	PLAZA CASTELAR #01190	ALIMENTACIÓN
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
DUEÑA DE CASA	CASA	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
NO	CATÓLICA	CATÓLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	PAMELA BELTRÁN	
Observaciones		
EN CASO DE QUE LE TENGA FURGÓN LE INFORMARE QUIEN LO RETIRA.		

## 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: 10-12-2021 14:05:29

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna