

# FICHA DE MATRÍCULA

## Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
ANA MARÍA HERNÁNDEZ BELTRÁN	134925353	AMARAPAL33@GMAIL.COM

## Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24714534-6	PRIMERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ESPINOZA	HERNÁNDEZ	PABLO AGUSTÍN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
12-08-2014	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
CALLE PAZ #8020		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	984828747	AMARAPAL33@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ANA MARÍA HERNÁNDEZ	MADRE	984828747
JUAN PABLO ESPINOZA	PADRE	978601474
CAMILA ESPINOZA	HERMANO/A	986469191
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
ESCUELA DE LENGUAJE HORMIGUITA	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	SI	

## Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
12689659K	JUAN PABLO ESPINOZA ORELLANA	978601474
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
JUANMECANICO1@HOTMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	CALLE PAZ #8020
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
MECÁNICO	TALLER MECÁNICO	SANTA MÓNICA #0652

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
134925353	ANA MARÍA HERNÁNDEZ BELTRÁN	984828747
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
AMARAPAL33@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	CALLE PAZ #8020
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DUEÑA DE CASA		

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
134925353	ANA MARÍA HERNÁNDEZ BELTRÁN	984828747
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
AMARAPAL33@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO

Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	CALLE PAZ #8020	DUEÑA DE CASA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	CATÓLICO
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	ANA MARÍA HERNÁNDEZ
Observaciones	
TAMBIÉN LA PUEDE RETIRAR SU HERMANA MAYOR CAMILA EPIZONA	

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: 24-02-2021 10:52:08

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna