

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
NATALY JEREZ	158216353	NATALY.JEREZCOSTA.O@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24044990-0	TERCERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CASTILLO	JEREZ	EMILIA CONSTANZA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
17-08-2012	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
CHILE ESPAÑA		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	958342228	NATALY.JEREZCOSTA.O@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
WILLY HOOVERS	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
141940333	GONZALO ALFONSO CASTILLO DIAZ	
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
GONZALOCROW@GMAIL.COM	MEDIA INCOMPLETA	ARGENTINA 11666
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ESULTOR		

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
158216353	NATALY ORIETTE JEREZ COSTA	2147483647
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
NATALY.JEREZCOSTA.O@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	CHILE ESOAÑA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
COSMETOLOGA		

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
158216353	NATALY JEREZ COSTA	2147483647

Correo Electrónico	Género	Estado Civil
NATALY.JEREZCOSTA.O@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	CHILE ESPAÑA	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
	NATALY JEREZ
Observaciones	
TAMBIÉN PODRÍA RETIRARLA SU ABUELA CECILIA COSTA	

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: 21-12-2020 09:56:59

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna