



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Karen Campos	18.952.604-0	karen.camposgo@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25110796-3	KINDER 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Núñez	Campos	Maite Pascal
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
09-09-2015	Illapel	Chile?
Domicilio		Comuna
Angamos 1695, depto B404, Renca		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	975447280	karen.camposgo@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Karen Campos	MADRE	975447280
Angelina Flores	OTRO	945673471
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
-	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17.643.041-9	Sebastian Andrés Núñez Gallardo	949616964
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
sebastian.n.g@hotmail.com	MEDIA COMPLETA	Av. Miraflores 6470,Block 4 Depto 203, Renca
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Técnico eléctrico		Exequiel Fernández 3738, Macul

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
18.952.604-0	Karen Denisse Campos Godoy	975447280
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
karen.camposgo@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	Angamos 1695, depto B404, Renca

Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Técnico en Párvulos	Sala Cuna y Jardín Infantil	Villarrica 2565, Renca

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
18.952.604-0	Karen Denisse Campos Godoy	975447280
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
karen.camposgo@gmail.com	Femenino	Soltero
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	Angamos 1695, depto B404	Técnico en Párvulos
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Sala Cuna y Jardin Infantil	Villarrica 2565, Renca	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
OTRO	Angelina Flores
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		9
¿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: 17-12-2020 00:13:04

