



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
LILIANA PINO GUZMAN	14118711-2	LILITAPINO@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23797830-7	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
DÍAZ	PINO	SARA PATRICIA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
16-11-2011	SANTIAGO	Chile?
Domicilio		Comuna
CÓRCEGA 1017		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino		SARI.DIAZ2011@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
LILIANA PINO	MADRE	977089616
GABRIEL DÍAZ	PADRE	976086937
CARMEN GUZMÁN	ABUELO/A	232476842
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
LOS CAPULLITOS	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15919604-6	GABRIEL FELIPE DÍAZ ROMERO	976086937
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
GADIRO85@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	CÓRCEGA 1017, LA CISTERNA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
INGENIERO	NEXUS S.A.	MAC IVER 440, SANTIAGO

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14118711-2	LILIANA DEL CARMEN PINO GUZMÁN	977089616
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
LILITAPINO@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	CÓRCEGA 1017, LA CISTERNA

Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ASISTENTE COMERCIAL	BANCO SECURITY	AV. APOQUINDO 3180, LAS CONDES

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
14118711-2	LILIANA DEL CARMEN PINO GUZMÁN	977089616
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
LILITAPINO@GMAIL.COM	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	CÓRCEGA 1017, LA CISTERNA	ASISTENTE COMERCIAL
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
BANCO SECURITY	AV. APOQUINDO 3180, LAS CONDES	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
PADRE	GABRIEL DÍAZ ROMERO
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		
¿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: 18-12-2020 00:39:29

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna