

# FICHA DE MATRÍCULA

## Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
MARÍA CAROLINA ROJO	20120123-3	CAROLINAROJOCARRE@GMAIL.COM

## Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23072036-3	SEXTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
BARAHONA	CARREÑO	BENJAMIN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
08-07-2009	SAN MIGUEL	CHILE?
Domicilio		Comuna
PASAJE CHONCHI 6697		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	966942793	CAROLINAROJOCARRE@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CASA		228082837
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO HOOVER	OTROS	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

## Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
11433974-1	LEONARDO MAURICIO BARAHONA CABEZAS	975714234
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
LEOJOBBY1@GMAIL.COM	MEDIA INCOMPLETA	PASAJE 641504, LO ESPEJO
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
VENDEDOR	EMPRESA ELECTRÓNICA	SAN DIEGO 962

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
11855929-0	MARÍA PURÍSIMA CARREÑO ALBORNOZ	979735003
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
CAROLINAROJOCARRE@GMAIL.COM	MEDIA INCOMPLETA	PASAJE CHONCHI 6697
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
VENDEDORA	BOTILLERIA	LOCARNO 1042 LA CISTERNA

## Datos del Apoderado

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

11855929-0	MARÍA PURÍSIMA CARREÑO ALBORNOZ	979735003
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
CAROLINAROJOCARRE@GMAIL.COM	FEMENINO	SEPARADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA INCOMPLETA	PASAJE CHONCHI 6697	VENDEDORA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
BOTILLERIA	LOCARNO 1042 LA CISTERNA	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	CRISTIANA EVANGÉLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
OTRO	FURGÓN ESCOLAR
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: 22-12-2020 12:41:12

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna