

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
MANUELA STEPHANIE TOLOZA INOSTROZA	185151417	STOLOZA09@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25082747-4	KINDER 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
PINO	TOLOZA	MATEO ALONSO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
22-08-2015	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
PASAJE 71 CASA 6673		LO ESPEJO
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	955272180	STOLOZA09@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
MACARENA TOLOZA INOSTROZA	HERMANO/A	947861052
ROSA INOSTROZA	ABUELO/A	941730666
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO AIDA RAMOS P.A.C	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
185466345	CAMILO ROBERTO PINO DUARTE	994795420
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
CAMILO.MATEO@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	MARTIN DE SALÍS 1588 SAN BERNARDO
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
MAESTRO DE LA CONSTRUCCIÓN	MAESTRO DE LA CONSTRUCCIÓN	

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
185151417	MANUELA STEPHANIE TOLOZA INOSTROZA	955272180
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
STOLOZA09@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	PASAJE 71 CASA6673 LO ESPEJO
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
185151417	MANUELA STEPHANIE TOLOZA INOSTROZA	955272180

Correo Electrónico	Género	Estado Civil
STOLOZA09@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	PASAJE 71 CASA6673 LO ESPEJO	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	CRISTIANA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	
Observaciones	
RETIRA LA MADRE O LA TÍA (MACARENA TOLOZA)	

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 10:42:58

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna