



COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna

## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Barbara	187252601	barbaramaureira4@gmail.com

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23465284-2	QUINTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
MORETTI	MAUREIRA	EMILY SOLANGE
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
30-10-2010	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Matamoros 2097		Lo Espejo
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	978543595	barbaramaureira4@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Barbara	MADRE	978543595
Orlando	TIO/A	930770781
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
187252601	Barbara maureira ortega	978543595
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
barbaramaureira4@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Matamoros 2097
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
187252601	Barbara maureira ortega	978543595
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
barbaramaureira4@gmail.com	Femenino	Soltero
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Matamoras 2097	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
	Barbara maureira
Observaciones	
Orlando Rodríguez Soledad medina Yessenia rodriguez	

## 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: 17-12-2020 12:14:53

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

