

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
CHARLOT	17251583-5	CH.GODOY.R@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23462572-1	QUINTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
DELGADO	GODOY	GIANELLA CECILIA PASCAL
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
25-10-2010	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
SANTA ANA 079, DEPTO. 809		LA GRANJA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO		CH.GODOY.R@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CHARLOT	MADRE	953553362
CONSTANZA	TIO/A	948151264
SANDRA	ABUELO/A	986703967
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
18061347- 1	CRISTÓBAL ALONSO DELGADO ALVAREZ	
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
	MEDIA COMPLETA	-
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17251583-5	CHARLOT ESTEFANIA GODOY ROMERO	953553362
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
CH.GODOY.R@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	SANTA ANA 079, DEPTO 809
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
CONTADOR AUDITOR	LAS CONDES	AV. LAS CONDES 11283

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
17251583-5	CHARLOT ESTEFANIA GODOY ROMERO	953553362

Correo Electrónico	Género	Estado Civil
CH.GODOY.R@GMAIL.COM	FEMENINO	DIVORCIADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	SANTA ANA 079, DEPTO 809	CONTADOR AUDITOR
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
LAS CONDES	AV. LAS CONDES 11283	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	-
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
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: 21-12-2020 08:26:16

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna