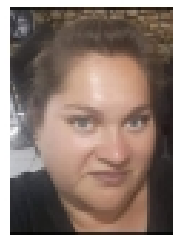
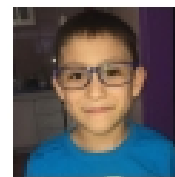




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



CINDY RODRIGUEZ
QUIROZ



BALTASAR MUÑOZ
RODRIGUEZ

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25018482-4	PRIMERO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
MUÑOZ	RODRIGUEZ	BALTASAR
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
18-06-2015	SANTIAGO	CHILE
Domicilio		Comuna
DOS SUR 1207		EL BOSQUE
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	989414157	CINDY.RODRIGUEZ.84@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CINDY RODRIGUEZ	MADRE	989414157
ELIAS MUÑOZ	PADRE	940091528
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	JARDIN INFSNTIL LOS ENANITOS	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
155460857	ELIAS RICARDO MUÑOZ ZAVALA	940091528
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
CINDY.RODRIGUEZ.84@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	DOS SUR 1207, EL BOSQUE
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
CHOFER	IQUIQUE	DOS SUR 1207, EL BOSQUE

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15891526K	CINDY PAOLA RODRIGUEZ QUIROZ	989414157
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
CINDY.RODRIGUEZ.84@GMAIL.COM	SUPERIOR INCOMPLETA	DOS SUR 1207, EL BOSQUE
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ESTILISTA	HOGAR	DOS SUR 1207, EL BOSQUE

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
15891526K	CINDY RODRIGUEZ QUIROZ	989414157
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
CINDY.RODRIGUEZ.84@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR INCOMPLETA	DOS SUR 1207, EL BOSQUE	ESTILISTA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
HOGAR	DOS SUR 1207, EL BOSQUE	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	CRISTIANA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	CINDY RODRIGUEZ	
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
Manual de Convivencia	_____ SI
Reglamento Interno	_____ SI
Plan de Formación Ciudadana	_____ SI

_____ NO
_____ NO
_____ NO
_____ NO

Firma del Padre o Madre

Firma del Apoderado

Fecha: 21-12-2021 01:00:01

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna