



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
VALESKA MARIN LAGOS	172178227	VA.MARINLAGOS@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24055731-2	TERCERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
RAMÍREZ	MARÍN	PAZ BELÉN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
03-09-2012	CONCEPCIÓN	Chile?
Domicilio		Comuna
SAN IGNACIO, PARCELA 9-17		Calera de Tango
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	989650793	VA.MARINLAGOS@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
VALESKA MARIN	MADRE	989650793
BENJAMIN RAMIREZ	PADRE	982907382
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO HOOVER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
137948915	BENJAMIN ISIDRO RAMIREZ CANO	982907382
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
BRAMIREZLC@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	SAN IGNACIO, PARCELA 9-17, CALERA DE TANGO
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TECNICO EN CONSTRUCCIÓN	CONSTRUCTORA JRC	PEDRO MIRA 996, SAN MIGUEL

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
172178227	VALESKA ALEJANDRA MARIN LAGOS	989650793
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección

VA.MARINLAGOS@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	SAN IGNACIO, PARCELA 9-17, CALERA DE TANGO
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ASISTENTE SOCIAL		

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
172178227	VALESKA ALEJANDRA MARIN LAGOS	989650793
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
VA.MARINLAGOS@GMAIL.COM	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	SAN IGNACIO, PARCELA 9-17, CALERA DE TANGO	ASISTENTE SOCIAL
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGELI
¿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: 14-12-2020 22:26:35

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna