



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
PILAR ADRIANA GODOY DELGADO	84602973	SAFESEJO23@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22716808-0	SÉPTIMO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
SALINAS	PAVEZ	BENJAMÍN IGNACIO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
10-05-2008	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
PASAJE PARGUA 0983		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	968411899	SAFESEJO23@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
SERGIO SALINAS	ABUELO/A	968643125
CAMILA SALINAS	TIO/A	953584736
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
PABLO DE CARSO	ABUELOS	
¿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
84602973	PILAR ADRIANA GODOY DELGADO	968411899
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
SAFESEJO23@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	PASAJE PARGUA 0983 LA CISTERNA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
PELUQUERA	DOMICILIO	

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
ABUELO/A	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
84602973	PILAR ADRIANA GODOY DELGADO	968411899
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
SAFESEJO23@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión

MEDIA COMPLETA	PASAJE PARGUA 0983 LA CISTERNA	PELUQUERA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
A DOMICILIO		

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	CRISTIANA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
ABUELO/A	
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: 22-12-2020 11:30:43

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna