

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
LESLIE SALAMANCA	17611554-8	LESLIE.SALAMANCA@HOTMAIL.CL

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25192133-4	KINDER 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
NEIRA	SALAMANCA	AMANDA IGNACIA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
14-11-2015	ARICA	CHILE?
Domicilio		Comuna
CADETE ORLANDO MEDINA 1840		SAN RAMÓN
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	971021343	LESLIE.SALAMANCA@HOTMAIL.CL
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
LESLIE SALAMANCA	MADRE	971021343
FRANCISCA MARAMBIO	TIO/A	930770370
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
JARDÍN INÉS DE SUAREZ	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
18691373-0	FELIPE ANDRES NEIRA VALDEBENITO	952081859
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
	SUPERIOR COMPLETA	PANAMERICANA NORTE POZO ALMONTE
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
MILITAR	COMPAÑIA DE COMANDO 6	POZO ALMONTE

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17611554-8	LESLIE SALAMANCA	971021343
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
LESLIE.SALAMANCA@HOTMAIL.CL	MEDIA COMPLETA	CADETE ORLANDO MEDINA 1840
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TECNICO EN PÁRVULOS	AMERICAN BRITICH SCOOL	AVENIDA DIAGONAL SANTA IRENE 2952

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
ABUELO/A	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
11228045-6	JAQUELINE IVONE CERPA SAAVEDRA	961637095

Correo Electrónico	Género	Estado Civil
JAQUE.CERPA2020@GMAIL.COM	FEMENINO	SEPARADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	CADETE ORLANDO MEDINA 1840 SAN RAMÓN	DUEÑA DE CASA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
-	-	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
OTRO	FURGÓN ESCOLAR
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?	
SI		
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 10:19:05

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna