



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Jonatan	Flores	fjonatan959@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23795070-4	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
FLORES	MARIVIL	JOSUÉ SIMÓN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
11-11-2011	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
LAS CHOGUITAS #1600		El Bosque
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	999814398	fjonatan959@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
lidia marivil	MADRE	977043049
jonatan flores	HERMANO/A	999814398
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
74184243	jonatan esteban flores carrasco	
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
fjonatan959@gmail.com	MEDIA INCOMPLETA	las choguitas 1600
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
independiente	persa	paradero 28 gran avenida

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
131539193	lidia febe marivil huilipan	977043049
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
fjonatan959@gmail.com	MEDIA INCOMPLETA	las choguitas 1600
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

dueña de casa	casa	las choguitas 1600
---------------	------	--------------------

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
131539193	lidia febe marivil huilipan	977043049
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
fjonatan959@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA INCOMPLETA	las choguitas 1600	dueña de casa
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
casa	las choguitas 1600	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	cristianismo
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
PADRE	jonatan flores
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: 19-12-2020 15:47:11

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

