



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
FELIPE PRADENAS ESPEJO	16128828-4	FPRADENAS@HOTMAIL.CL

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24175712-9	TERCERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
PRADENAS	SANCHEZ	CHRISTIAN RAFAEL
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
24-01-2013	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
CORREGIDOR PEDRO MARIÑO 6077		PEDRO AGUIRRE CERDA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	963106024	FPRADENAS@HOTMAIL.CL
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
FELIPE PRADENAS	PADRE	963106024
RAFAEL PRADENAS	ABUELO/A	968125537
ELIANA ESPEJO	ABUELO/A	989569703
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
	SÓLO PADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
161288284	FELIPE PRADENAS ESPEJO	963106024
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
FPRADENAS@HOTMAIL.CL	SUPERIOR INCOMPLETA	CORREGIDOR PEDRO MARIÑO 6077
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
CONTADOR	OFICINA	CORREGIDOR PEDRO MARIÑO 6077

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16384848-1	KARLA SANCHEZ URZUA	964441579
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
KSANCHEZU@HOTMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	-
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
PODOLOGA CLINICA	-	-

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
PADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
161288284	FELIPE PRADENAS	963106024
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
FPRADENAS@HOTMAIL.CL	MASCULINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión

SUPERIOR INCOMPLETA	CORREGIDOR PEDRO MARIÑO 6077	CONTADOR
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
OFICINA	CORREGIDOR PEDRO MARIÑO 6077	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGELICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
PADRE	FELIPE PRADENAS
Observaciones	
EN OCACIONES LO RETIRA EL ABUELO PATERNO NOMBRE RAFAEL PRADENAS PALMA O LA ABUELA PATERNA ELIANA ESPEJO RODRIGUEZ	

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
SI	CLINICA SANTA MARIA	229133100
¿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: 21-12-2020 10:02:54

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna