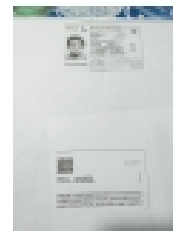




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



DANIELA ALEJANDRA
VALDES ASCUI

ELYAN IGNACIO
INOSTROZA VALDES

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25474303-8	KINDER 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
INOSTROZA	VALDES	ELYAN IGNACIO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
30-08-2016	SANTIAGO	CHILE
Domicilio		Comuna
AVENIDA ARGENTINA #1366		SAN RAMÓN
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	950435809	DANIELAVALDD@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
LORENA	ABUELO/A	967212680
DANIELA	MADRE	950435809
PEDRO	ABUELO/A	968319109
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
SÓLO MADRE	EL ARCA DE LOS NIÑOS	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
.	ARIEL INOSTROZA	950435809
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
.DANIELAVALDD@GMAIL.COM	NINGUNO	.
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
.	.	.

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
172506526	DANIELA ALEJANDRA VALDES ASCUI	950435809
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
DANIELAVALDD@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	AVENIDA ARGENTINA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
NINGUNA	SUPERMERCADO	SANTIAGO INTERMODAL

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
172506526	DANIELA ALEJANDRA VALDES ASCUI	950435809
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
DANIELAVALDDD@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	AVENIDA ARGENTINA	NO
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
SUPERMERCADO	SANTA ISABEL INTERMODAL	

Datos Adicionales

¿ Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	
¿ Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	DANIELA VALDES	
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
SI		
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
SI	ASMATICO	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
NO PUEDE AGITARSE MUCHO		
Observaciones		

He leído y acepto los siguientes documentos del establecimiento:

Proyecto Educativo Institucional	_____ SI
Manual de Convivencia	_____ SI
Reglamento Interno	_____ SI
Plan de Formación Ciudadana	_____ SI

_____ NO
_____ NO
_____ NO
_____ NO

Firma del Padre o Madre

Firma del Apoderado

Fecha: 14-12-2021 21:10:56

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna