



COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna

## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
nicolas tripainao	178360132	nt.arias91@gmail.com

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24779169-8	PRIMERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
tripainao	zamorano	isaac jaden
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
23-10-2014	santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
abranquil		Pedro Aguirre Cerda
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	979793728	lz.santander89@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
willis hoover	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
178360132	nicolas alberto tripainao arias	940428185
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
nt.arias91@gmail.com	MEDIA COMPLETA	abranquil
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
prensista ofset nivel mando medio	paper dreams impresores	macul

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
173897596	lisette zamorano	942833313
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
lz.santander89@gmail.com	MEDIA COMPLETA	abranquil
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
PADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
173897596	nicolas alberto tripainao	940428185
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
nt.arias91@gmail.com	Masculino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	abranquil	prensista ofset nivel mando medio
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
paper dreams	macul	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	cristiano evangelico
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	lisette zamorano
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: 17-12-2020 18:47:02

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

