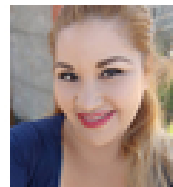




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



CAROLINA
GONZÁLEZ
CONTRERAS



TOMAS ISLA
GONZALEZ

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25333668-4	PRIMERO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ISLA	GONZALEZ	TOMAS
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
27-03-2016	SANTIAGO	CHILE
Domicilio		Comuna
JOSÉ JOAQUÍN PRIETO 8340 DEPTO 441		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	982882400	MTOBAR@PULLMAN.CL
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
MIGUEL TOBAR	OTRO	982882400
CAROLINA GONZÁLEZ	MADRE	974025529
CARMEN CONTRERAS	ABUELO/A	992024989
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
OTROS	SAN NICOLAS	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17127142-8	WILLIAM	982882400
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
MTOBAR@PULLMAN.CL	SUPERIOR INCOMPLETA	SAN BARBARA S/N, SANTA BARBARA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
OPERADOR CONSTRUCCIÓN	SIN INFORMACIÓN	SIN INFORMACIÓN

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17281948-6	CAROLINA GONZÁLEZ CONTRERAS	974025529
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
CAROLINA20.GONZALEZ@GMAIL.COM	SUPERIOR INCOMPLETA	LUCERNA 0335
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DUEÑA DE CASA	NO APLICA	NO APLICA

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	NO	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
17281948-6	CAROLINA GONZÁLEZ CONTRERAS	974025529
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
CAROLINA20.GONZALEZ@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR INCOMPLETA	LUCERNA 0335	DUEÑA DE CASA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
NO APLICA	NO APLICA	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
NO	NINGUNA	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
OTRO	MIGUEL TOBAR CAMPOS	
Observaciones		
ABUELA CARMEN CONTRERAS CACERES O POSIBLEMENTE FURON MAS ADELANTE.		

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
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: 15-12-2021 17:52:37

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna