



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



MIGUEL ELIZAR  
ENCINA ILLANES



BRUNO AMARO  
ENCINA  
MONTENEGRO

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
CECILIA MONTENEGRO	133375880	CBMONT@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22918885-2	SÉPTIMO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ENCINA	MONTENEGRO	BRUNO AMARO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
07-01-2009	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
NUEVA ORIENTE N°9357		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	950626703	CBMONT@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CECILIA MONTENEGRO	MADRE	225068992
MIGUEL ENCINA	PADRE	957726710
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
134988924	MIGUEL ELIZAR ENCINA ILLANES	957726710
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
MIGENCI@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	NUEVA ORIENTE 9357
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
133375880	CECILIA BETZABE MONTENEGRO MARIN	950626703
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
CBMONT@GMAIL.COM	SUPERIOR INCOMPLETA	NUEVA ORIENTE 9357
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
	ESTUDIO CONTABLE	LOS ANDES 016 SAN BERNARDO

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
PADRE	SI	

RUN	Nombre Completo	Teléfono
134988924	MIGUEL ELIZAR ENCINA ILLANES	957726710
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
MIGENCI@GMAIL.COM	MASCULINO	CASADO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	NUEVA ORIENTE 9357	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGELICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	CECILIA MONTENEGRO
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: 21-12-2020 01:18:47

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna