

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
SUSANA GUZMAN	14383386-0	SUSANA.GUZMANQ@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23399949-0	QUINTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
VIDAL	GUZMAN	ALAN DAVID
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
16-08-2010	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
CAPRICORNIO 01212		EL BOSQUE
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	981215046	SUSANA.GUZMANQ@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
SUSANA GUZMÁN	MADRE	981215046
JACKSON VIDAL	PADRE	987881137
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
14719784-5	KARL JACKSON VIDAL VELASQUEZ	987881137
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
JACKSON.VIDAL76@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
AUTOMATIZACIÓN		

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
14383386-0	SUSANA PAMELA GUZMÁN QUINTEROS	981215046
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
SUSANA.GUZMANQ@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
DUEÑA DE CASA		

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
14383386-0	SUSANA PAMELA GUZMÁN QUINTEROS	981215046
Correo Electrónico	Género	Estado Civil

SUSANA.GUZMANQ@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA		DUEÑA DE CASA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	SUSANA GUZMÁN
Observaciones	
TAMBIÉN LO PUEDE RETIRAR EL PADRE Y LA HERMANA VANESSA SILVA	

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 08:37:22

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna