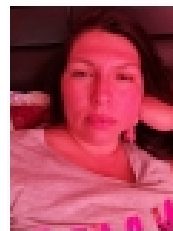
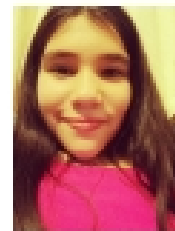




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



EVELYN YAMILET
SUAREZ REBOLLEDO



DAMARIS
MAGDALENA MUÑOZ
SUAREZ

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23045447-7	OCTAVO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
MUÑOZ	SUAREZ	DAMARIS MAGDALENA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
09-06-2009	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
PASAJE INTERIOR 7589 - DEPTO. 203		LA FLORIDA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	972720993	EVELYN.56782@HOTMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
EVELYN	MADRE	972720993
CRISTIAN	PADRE	991539253
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	WILLIS HOWER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13563355- 00	CRISTIAN MUÑOZ GONZALEZ	991539253
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
CRISTIAN.56782@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	PASAJE INTERIOR BLOCK 7589 LAS DUNAS LO ESPEJO
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
SEPULTURERO	CEMENTERIO GENERAL	ZANARTU

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15456137- 4	EVELYN YAMILET SUAREZ REBOLLEDO	972720993
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
DAMARIS.56782@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	M LUIS LO ESPEJO
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ASEO	CEMENTERIO GENERAL	ZAÑARTU

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
15456137-4	EVELYN YAMILET SUAREZ REBOLLEDO	972720993
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
DAMARIS.56782@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	M LUIS , LO ESPEJO	ASEO
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
CEMENTERIO GENERAL	ZAÑARTU	

Datos Adicionales

¿ Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	CRISTIANA
¿ Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	EVELYN SUAREZ	
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
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: 12-12-2021 21:43:53

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna