



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



PILAR ADRIANA
GODOY DELGADO



CAMILA FERNANDA
SALINAS SALINAS
GODOY

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22716808-0	OCTAVO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
SALINAS	SALINAS GODOY	CAMILA FERNANDA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
10-05-2008	LA CISTERNA	CHILE
Domicilio		Comuna
PARGUA 983 LA CISTERNA, CASA		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	953584736	NUTRICIONISTA.CAMILASALINAS@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CAMILA FERNANDA SALINAS GODOY	ABUELO/A	968643125
CAMILA SALINAS	TIO/A	953584736
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
ABUELOS	PABLO DE CARSO	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
182737739	CAMILA FERNANDA SALINAS GODOY	953584736
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
NUTRICIONISTA.CAMILASALINAS@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	PARGUA 983 LA CISTERNA, CASA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
NUTRICIONISTA	CESFAM ORLANDO LETELIER	PARGUA 983 LA CISTERNA

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
84602973	PILAR ADRIANA GODOY DELGADO	953584736
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
NUTRICIONISTA.CAMILASALINAS@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	PARGUA 983 LA CISTERNA, CASA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
PELUQUERA	DOMICILIO	PARGUA 983 LA CISTERNA

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
ABUELO/A	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
SANTIAGO	PILAR ADRIANA GODOY DELGADO	953584736
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
NUTRICIONISTA.CAMILASALINAS@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	PARGUA 983 LA CISTERNA, CASA	PELUQUERA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
A DOMICILIO	PARGUA 983 LA CISTERNA	

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	
ABUELO/A	SERGIO SALINAS	
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		953584736
¿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: 16-12-2021 22:10:27

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna