

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
JUAN RODRÍGUEZ	26.562.021-3	JUANRODRIGUEZ23568@GMAIL.CO
		M

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
100513890-2	TERCERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
RODRÍGUEZ	ALMARZA	JUAN DIEGO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
14-04-2012	VENEZUELA	VENEZUELA
Domicilio		Comuna
SAN SIMÓN 0502		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	950413383	JUANRODRIGUEZ23568@GMAIL.CO M
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
DARIELA ALMARZA	MADRE	999332263
DARIANNA RODRÍGUEZ	HERMANO/A	962024200
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
JULIA AÑEZ GABALDÓN	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
26.562.021-3	JUAN RODRÍGUEZ	950413383
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
JUANRODRIGUEZ23568@GMAIL.CO	MEDIA COMPLETA	SAN SIMÓN 0502 LA CISTERNA
М		
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
FERIA		

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
PADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
26.562.021-3	JUAN RODRÍGUEZ	950413383

Correo Electrónico	Género	Estado Civil
JUANRODRIGUEZ23568@GMAIL.CO M	MASCULINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	SAN SIMÓN 0502 LA CISTERNA	FERIANO
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	CATÓLICO
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	DARIELA ALMARZA
Observaciones	
DARIANY RODRÍGUEZ (HERMANA)	

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 Manual de Convivencia Reglamento Interno Plan de Formación Ciudadana	SI SI SI SI	NO NO NO
Firma del Padre o	Madro	Firma del Anoderado

Fecha: 10-03-2021 10:50:37

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna