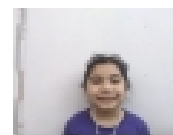




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



IVONNE MARLENE SANTANA MONTAÑO
ANTONELLA AMANDA OCAMPO SANTANA

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25025452-0	PRIMERO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
OCAMPO	SANTANA	ANTONELLA AMANDA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
27-06-2015	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
ARTAVIA 0343		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	945953431	IVONNE.SANTANA2710@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
IVONNE SANTANA	MADRE	945953431
ROBERTO FIGUEROA	TIO/A	944797716
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
SÓLO MADRE	COLEGIO CATÓLICO JUANITA FERNÁNDEZ SOLAR	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
194202628	IVONNE MARLENE SANTANA MONTAÑO	945953431
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
IVONNE.SANTANA2710@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	ARTAVIA 0343
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
VENDEDORA	LO OVALLE	LO OVALLE

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
19420262-8	IVONNE MARLENE SANTANA MONTAÑO	945953431
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
IVONNE.SANTANA2710@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	ARTAVIA 0343
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
VENDEDORA	LO OVALLE	LO OVALLE

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
19420262-8	IVONNE MARLENE SANTANA MONTAÑO	945953431
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
IVONNE.SANTANA2710@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	ARTAVIA 0343	VENDEDORA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
LO OVALLE	LO OVALLE	

Datos Adicionales

¿ Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
NO	CATÓLICA	
¿ Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	IVONNE SANTANA	
Observaciones		
RETIRARÁ A ANTONELLA SOLO MAMÁ, EN CASO DE EMERGENCIA ROBERTO FIGUEROA		

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		
FOTOS SERÁN ENVIADAS A CORREO ELECTRÓNICO.		

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 19:39:31

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna