



## FICHA DE MATRÍCULA

### Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
PAOLA SILVA	12907008-0	PAULYSILVAA17@GMAIL.COM

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23486150-6	QUINTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CABEZAS	SILVA	ABDIEL EDGARDO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
22-11-2010	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
GALO GONZÁLEZ 5028		PEDRO AGUIRRE CERDA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	225638477	PAULYSILVAA17@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
PAOLA SILVA	MADRE	957636387
ARTURO CABEZAS	PADRE	973208640
JONATHAN CABEZAS	HERMANO/A	99191502
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
WILLIS HOOVER LA CISTERNA	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
11640115-0	ARTURO EDGARDO CABEZAS CORVALAN	973208640
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
PAULYSILVAA17@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	GALO GONZÁLEZ 5028
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

### Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
12907008-0	PAOLA DEL CARMEN SILVA AVALOS	957636387
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
PAULYSILVAA17@GMAIL.COM	MEDIA INCOMPLETA	GALO GONZÁLEZ 5028
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

### Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
12907008-0	PAOLA DEL CARMEN SILVA AVALOS	957636387
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
PAULYSILVAA17@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO

Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	GALO GONZÁLEZ 5028	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	PAOLA SILVA
Observaciones	
PUEDEN RETIRAR TAMBIÉN PADRE ARTURO CABEZAS O HERMANOS JONATHAN Y ELIZABETH CABEZAS 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: 30-12-2020 10:27:03

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna