

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
JOCELYN BETZABÉ MALCA VILLAGRA	17.179.601-6	JOKITOMV22@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24962629-5	KINDER 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ARANCIBIA	MALCA	ALONSO IGNACIO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
17-04-2015	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
ARGENTINA #784		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	998074404	JOKITOMV22@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ÁNGEL ARANCIBIA	PADRE	978584757
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

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

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17.179.601-6	JOCELYN BETZABÉ MALCA VILLAGRA	998074404
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
JOKITOMV22@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	ARGENTINA #784 LA CISTERNA
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
17.179.601-6	JOCELYN BETZABÉ MALCA VILLAGRA	998074404

Correo Electrónico	Género	Estado Civil
JOKITOMV22@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	ARGENTINA #784 LA CISTERNA	
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	JOCELYN BETZABÉ MALCA VILLAGRA
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	_____ 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: 26-02-2021 13:45:49

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna