



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



CATHERINE CAYUPI
AGUILERA



IGNACIA ISIDORA
PAREDES CAYUPI

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
CATHERINE CAYUPI	14193740-5	CATHYCAYUPI@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22766917-9	SÉPTIMO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
PAREDES	CAYUPI	IGNACIA ISIDORA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
10-07-2008	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio	Comuna	
PLAZA CASTELAR 01190, TORRE2 DEPTO. 51	LA CISTERNA	
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	978837774	CATHYCAYUPI@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CATHERINE CAYUPI	MADRE	978837774
MIGUEL CAYUPI	ABUELO/A	981882326
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
WILLIS HOOVER	SÓLO MADRE	
¿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
14193740-5	CATHERINE CAYUPI AGUILERA	978837774
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
CATHYCAYUPI@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	PLAZA CASTELAR 01190 TORRE2 DEPTO 51
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
	COLEGIO NACIONES UNIDAS	ISABEL LA CATÓLICA 0960

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	

MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
14193740-5	CATHERINE CAYUPI AGUILERA	978837774
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
CATHYCAYUPI@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	PLAZA CASTELAR 01190 TORRE2 DEPTO 51	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
COLEGIO NACIONES UNIDAS	ISABEL LA CATÓLICA 0960	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	CATÓLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	CATHERINE CAYUPI
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: 21-12-2020 01:27:18

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna