



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



CECILIA
MONTENEGRO



SOFÍA ANTONIA
ENCINA
MONTENEGRO

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
CECILIA MONTENEGRO	133375880	CBMONT@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22466400-1	OCTAVO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ENCINA	MONTENEGRO	SOFÍA ANTONIA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
02-08-2007	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
NUEVA ORIENTE 9357		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	950626703	CBMONT@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CECILIA MONTENEGRO	MADRE	950626703
MIGUEL ENCINA	PADRE	957726710
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
134988924	MIGUEL ENCINA ILLANES	957726710
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
MIGENCI@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	NUEVA ORIENTE 9357
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
133375880	CECILIA MONTENEGRO MARIN	950626703
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
CBMONT@GMAIL.COM	SUPERIOR INCOMPLETA	NUEVA ORIENTE 9357
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
	ESTUDIO CONTABLE	LOS ANDES 016 SAN BERNARDO

Datos del Apoderado

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

MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
133375880	CECILIA MONTENEGRO	950626703
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
CBMONT@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR INCOMPLETA	NUEVA ORIENTE 9357	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGELICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	CECILIA MONTENEGRO
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: 20-12-2020 12:17:13

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna