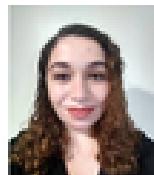
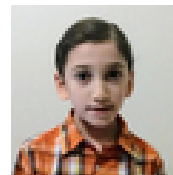




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



MARÍA LUISA
CASTRO POGGINI



IGNACIO ALONSO
JEREZ CASTRO

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23336464-9	SEXTO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
JEREZ	CASTRO	IGNACIO ALONSO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
29-05-2010	SANTIAGO	CHILE
Domicilio		Comuna
ZURICH NORTE, 858		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	996180114	MARIALUISACASTROP@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
MARÍA LUISA POGGINI	MADRE	996180114
RAUL CASTRO	ABUELO/A	56232922365
FABRIZIO CASTRO	TIO/A	56966559567
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
SÓLO MADRE	COMMUNITY MONTESSORI EN BOULDER COLORADO USA.	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
SI	DÉFICIT ATENCIONAL CON HIPERACTIVIDAD	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15345055-2	GUILLERMO IGNACIO JEREZ CARES	996180114
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
JEREZCHILENO@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	VIÑA DEL MAR
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
INGENIERO EN INFORMÁTICA	VIÑA DEL MAR	VIÑA DEL MAR

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15937190-5	MARÍA LUISA CASTRO POGGINI	996180114
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
MARIALUISACASTROP@GMAIL.COM	SUPERIOR INCOMPLETA	ZURICH NORTE, 858
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TRADUCCIÓN DE DOCUMENTOS	FREELANCE	ZURICH NORTE

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
15937190-5	MARÍA LUISA CASTRO POGGINI	996180114
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
MARIALUISACASTROP@GMAIL.COM	FEMENINO	SEPARADO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR INCOMPLETA	FREELANCE	TRADUCCIÓN DE DOCUMENTOS
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
FREELANCE	FREELANCE	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	MORMON	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	MARÍA LUISA CASTRO	
Observaciones		
OCASIONALMENTE PUEDE RETIRARLO EL ABUELO O EL TÍO.		

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
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: 20-12-2021 22:05:17

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna