



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
priscilla cordova	158881772	luisespinozalandaeta@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24169344-9	TERCERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ESPINOZA	cordova	LUIS maximiliano
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
11-01-2012	santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
jose joaquin prieto vial 8340 torre 3 dep 322		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	990555456	luisespinozalandaeta@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
priscilla	MADRE	90580783
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
el mismo	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
169932034	luis gonzalo espinoza landaeta	990555456
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
luisespinozalandaeta@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	JOSE JOAQUIN PRIETO VIAL
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
maestro de cocina	minera los bronce	camino a farellones kilometro78 lo barnechea

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
158881772	priscilla del rosario cordova gutierrez	90580783
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
luisespinozalandaeta@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	JOSE JOAQUIN PRIETO VIAL

Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
dueña de casa	0	0

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
158881772	priscilla del rosario cordova gutierrez	90580783
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
luisespinozalandaeta@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	JOSE JOAQUIN PRIETO VIAL	dueña de casa
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
0	0	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	cristianismo
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	priscilla cordova
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	0	0
¿El estudiante padece alguna enfermedad de cuidado especial?	¿Cuál?	
NO	0	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
0		
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: 17-12-2020 13:40:39

