

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
ERIC VILCHES ASTETE	13.066.491-1	ERIC76VILCHES@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24136778-9	SEGUNDO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
VILCHES	VARGAS	MATIAS GABRIEL
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
08-12-2012	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio	Comuna	
CHILE ESPAÑA 8262,DEPARTAMENTO 54,TORRE 4	LA CISTERNA	
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	986304273	ERIC76VILCHES@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
YOHANNA VARGAS	MADRE	986304273
ERIC VILCHES	PADRE	986704574
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
JOSE LUIS LAGRANGE	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	SI	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13.066.491-1	ERIC MAURICIO VICHES ASTETE	986704574
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
ERIC76VILCHES@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	CHILE ESPAÑA 8262.LA CISTERNA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
CONDUCTOR	INVERSIONES QUILAPILUN	LAS CATALPAS 501.QUILICURA

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
12.689.583-6	JOHANNA MAGALY VARGAS CISTERNA	986304273
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
JOHAVARGASC@YAHOO.ES	SUPERIOR COMPLETA	CHILE ESPAÑA 8262.LA CISTERNA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TÉCNICO EN ÓPTICA	DUEÑA DE CASA	

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
12.689.583-6	JOHANNA MAGALY VARGAS CISTERNA	986304273
Correo Electrónico	Género	Estado Civil

JOHAVARGASC@YAHOO.ES	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA		
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
DUEÑA DE CASA		

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	JOHANNA VARGAS, TAMARA LAGOS VARHAS(HERMANA),YIANARA LAGOS VARGAS(HERMANA)
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: 22-12-2020 11:51:54

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna