



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Valeska Gonzalez	17.319.045-k	vale.dgh@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24698163-9	PRIMERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Miranda	González	Ian Gaspar
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
30-07-2014	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Santa Clara 780		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	993632763	vale.dgh@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Andres Miranda	PADRE	953882732
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Escuela sol naciente	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16.413.327-3	Andres Rigoberto Miranda Madariaga	953882732
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
andres.miranda@asctech.cl	SUPERIOR COMPLETA	Santa Clara 780
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Ing Mecanico Mantenimiento industrial	Oficina/terreno	Santa Clara 780

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17.319.045-k	Valeska dolores Gonzalez herrera	993632763
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
vale.dgh@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Santa Clara 780
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
PADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
16.413.327-3	Andres Miranda madariaga	953882732
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
andres.miranda@asctech.cl	Masculino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	Santa Clara 780	Ing Mecanico mantenimiento industrial
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Oficina/terreno	Santa Clara 780	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
PADRE	Andres Miranda madariaga
Observaciones	
La madre de igual manera lo retirara, Valeska González herrera	

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: 17-12-2020 11:45:17

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

