



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
JOANA ANDRADE ZAMBRANO	17.922.655-3	jandradezambrano@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24790475-1	PRIMERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
DÍAZ	ANDRADE	MOISÉS JAVIER
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
	SANTIAGO	Chile?
Domicilio		Comuna
PJ CARLOS DAVILA 7846		San Ramón
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	957203156	jandradezambrano@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
JOANA ANDRADE	MADRE	957303156
MOISES DIAZ VENEGAS	PADRE	948924356
MARIA ZAMBRANO	ABUELO/A	984527023
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
HOOVER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17256246-9	MOISES ALEJANDRO DIAZ VENEGAS	948924356
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
MDIAZVE16@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	PJ CARLOS DAVILA 7846
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TÉCNICO TELECOMUNICACIONES	MUNDO	RM

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
179226553	JOANA BELEN ANDRADE ZAMBRANO	957203156
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección

jandradezambrano@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	PJ CARLOS DAVILA 7846
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
PROFESORA	COLEGIO CEDEL INTEGRACIÓN	LA PINTANA

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
179226553	JOANA BELEN ANDRADE ZAMBRANO	957203156
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
jandradezambrano@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	PJ CARLOS DAVILA 7846	PROFESORA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
COLEGIO CEDEL INTEGRACIÓN	LA PINTANA	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGELICA PENTECOSTAL
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	JOANA ANDRADE
Observaciones	
DEPENDI DE LA MODALIDAD DE LA ESCUELA, SERÍA MADRE, PADRE O FURGÚN SI ES QUE ES COMPLETAMENTE PRESENCIAL Y NO HUBIERA PANDEMIA.	

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?	
SI	ASMA CRONICA BRONQUIAL AGUDA.	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
SOLO LLAMAR A PADRES EN CASO DE TOS CONSTANTE (TAMBIEN MOJAR CARA CON ABUNDANTE AGUA). EN CASO DE REMEDIOS, SE VERÁ CON POSTERIORIDAD.		
Observaciones		
TAMBIEN UTILIZA LENTES OPTICOS FIJOS, LOS QUE PUEDE DEJAR EN LA SALA PARA JUGAR.		

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: 14-12-2020 20:37:40

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna