



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Alejandra Muñoz	12512110-1	masas.alejandra@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22937063-4	SÉPTIMO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
GONZALEZ	MUÑOZ	CATALINA FERNANDA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
01-02-2009		Chile?
Domicilio		Comuna
AMERICA VESPUCIO N°0939 DEP 22		La Granja
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	978325973	masas.alejandra@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
379523879Madre	MADRE	2147483647
Padre	PADRE	999897088
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
11755079-6	Alejandro González gransotto	999897088
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
alejandr.gonzalez.g71@gmail.com	MEDIA INCOMPLETA	Gineb a 0526 la cisterna
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Transportista	Transporte fuchslocher	El metdan patio 10 bodega 1001 la cisterna

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
112512110-12512110- 1	Alejandra Muñoz Ahumada	978325973
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
masas.alejandra@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Américo Vespucio 0939 Lago Ranco

Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Independiente		

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
1212512110-1512110-1	Alejandra Muñoz Ahumada	978325973
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
masas.alejandra@gmail.com	Femenino	Divorciado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Américo Vespucio 0939	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	Catalina González Muñoz
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: 15-12-2020 18:52:45

