

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
JEISSE TELLO	167484808	ASISTENTENCORP@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24264145-0	TERCERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ALLENDES	TELLO	EMILIA BELÉN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
30-04-2013	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
AV.CENTENARIO 1000, DEPTO 43A		SAN NICOLÁS
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	977939087	ASISTENTENCORP@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ANDRES ALLENDES	PADRE	976893577
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO HOOVER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
154454721	RAUL ANDRES ALLENDES TELLO	979350768
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
RADRES22@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	AV.CENTENARIO 1000 DEPTO 43A
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
MILITAR	ESCUELA DE TELECOMUNICACIONES EJERCITO DE CHILE	LAS PERDICES 700, PEÑALOLEN

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
167484808	JEISSE CAROLINA TELLO PINO	977939087
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
ASISTENTENCORP@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	AV. CENTENARIO 1000 DEPTO 43A
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TRABAJADORA SOCIAL	SIN TRABAJO	SIN TRABAJO

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
167484808	JEISSE CAROLINA TELLO PINO	977939087
Correo Electrónico	Género	Estado Civil

ASISTENTENCORP@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	AV.CENTENARIO 1000, DEPTO 43A	TRABAJADORA SOCIAL
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
SIN TRABAJO	SIN TRABAJO	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGELICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	JEISSE TELLO
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	NO	
Si padece alguna enfermedad de cuidado especial, indique recomendaciones al Colegio		
NO		
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: 21-12-2020 09:54:45

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna