



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Jennifer Salazar Rojas	13.101.325-6	jenniferalejandras@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23321326-8	SEXTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CARRASCO	SALAZAR	JAVIERA ISOLINA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
13-05-2020		Chile?
Domicilio		Comuna
Avda lazo 1171		San Miguel
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino		jenniferalejandras@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
942185045		942185045
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	SI	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
11557599- 6	Rodrigo Andres Carrasco Espinoza	
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
		Avenida Vicuña Mackenna N° 7810 Depto 10 La Florida
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13101325- 6	Jennifer Alejandra Salazar Rojas	
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
	MEDIA COMPLETA	Avda lazo 1171

Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
13101325-6	Jennifer Alejandra Salazar Rojas	942185045
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
jenniferalejandras@gmail.com	Femenino	Soltero
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Lazo 1171	Administrativo
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Renca	Alberto Pepper 1792	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	Cristiana
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
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: 16-12-2020 18:49:29

