



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



NATALIA VERONICA
BARRÍA ROCO



FLORENCIA
TRINIDAD DELGADO
BARRIA

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23344245-3	SEXTO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
DELGADO	BARRIA	FLORENCIA TRINIDAD
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
31-05-2010	SANTIAGO	CHILE
Domicilio		Comuna
HISPANOAMERICA 01041		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	931141814	NATALIA.ROCO.BARRIA@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
VERONICA	ABUELO/A	976176250
ORLANDO	ABUELO/A	91274390
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
ABUELOS	MISMO COLEGIO	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
I	J	9
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
U@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	J
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
H	JGG	Y

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
182210692	NATALIA VERONICA BARRÍA ROCO	931141814
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
NATALIA.ROCO.BARRIA@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	HISPANOAMERICA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ESTUDIANTE	METRO DE SANTIAGO	ESTACIÓN DE METRO

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
182210692	NATALIA VERONICA BARRÍA ROCO	931141814
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
NATALIA.ROCO.BARRIA@GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	HISPANOAMERICA 0104	ESTUDIANTE
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
METRO DE SANTIAGO	ESTACIÓN DE METRO	

Datos Adicionales

¿ Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	CATÓLICA	CATOLICO
¿ Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
ABUELO/A	VERONICA ROCO CACERES	
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
Manual de Convivencia	_____ SI
Reglamento Interno	_____ SI
Plan de Formación Ciudadana	_____ SI

_____ NO
_____ NO
_____ NO
_____ NO

Firma del Padre o Madre

Firma del Apoderado

Fecha: 16-12-2021 09:11:19

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna