



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Rebeca	13405563-4	rbcecp@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
22625898-1	OCTAVO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ARAYA	CARRASCO	SOLEDAD IGNACIA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
23-01-2008		Chile?
Domicilio		Comuna
General Freire 80		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	963946563	rbcecp@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Rebeca	MADRE	963946563
Constanza	HERMANO/A	930876836
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
mismo colegio	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13484987-8	Carlos Araya Barrios	53940013
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
	MEDIA COMPLETA	Rancagua
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13405563-4	Rebeca Carrasco Pacheco	963946563
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
rbcecp@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	General Freire 80
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
13405563-4	Rebeca Carrasco Pacheco	963946563
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
rbcecp@gmail.com	Femenino	Soltero
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	General Freire 80	Representante de ventas
Lugar de Trabajo	Dirección de 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	Rebeca Carrasco Pacheco
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
SI	Clinica Vespucio	
¿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: 17-12-2020 19:48:56

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

