



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Angel Bastian Cabrera Sepulveda	23.054.493-K	angelgatitolove1906@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23054493-k	SEXTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Cabrera	Sepulveda	Angel Bastian
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
19-06-2009	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Alejandro vial. 7780, La cisterna		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	953460106	paulinaivonne84@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Daviddavid cabrera	PADRE	973635440
Paulina sepulveda	MADRE	953460106
Rosa vidal	ABUELO/A	226157693
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Willis hoover	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
146154220	david moises cabrera vidal	973635440
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
angelcabrerasepulveda82@gmail.com	SUPERIOR INCOMPLETA	Alejandro vial 7780 la cisterna
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Chef	Casino express	El rosal huecuraba

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
157100076	Paulina Ivonne Sepulveda Herrera	953460106
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
paulinaivonne84@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	Alejandro vial. 7780, La cisterna
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
157100076	paulina sepulveda herrera	953460106
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
paulinaivonne84@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	Alejandro vial. 7780, La cisterna	Modelista
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Lorenzo di pontti	Maestra lidia torres 431 recoleta	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	Si
¿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
SI	Clinica davila	953460106
¿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 00:47:14

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

