



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
alexis	232138467	jhcc25@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23213846-7	SEXTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CARIS	LLEVUL	ALEXIS ANDRES
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
29-12-2009	SANTIAGO	Chile?
Domicilio		Comuna
RAMON BARROS LUCCO 9109		San Ramón
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	978340396	jhcc25@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ROSALBA	MADRE	978340396
JAIME	PADRE	932283874
CASA	MADRE	56442974217
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
LOS CAPULLITOS	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
158897016	JAIME CARIS CORTES	932283874
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
jhcc25@gmail.com	MEDIA COMPLETA	RAMON BARROS LUCO 9109
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
	MUNICIPALIDAD LAS CONDES	AV PDTE RIESCO 5296

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
156569100	ROSALBA LLEVUL NECULQUEO	978340396
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
jhcc25@gmail.com	MEDIA COMPLETA	RAMON BARROS LUCO 9109
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
156569100	ROSALBA LLEVUL NECULQUEO	978340396
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
jaimecaris20@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	RAMON BARROS LUCO 9109	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
	RAMON BARROS LUCO 9109	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGELICO
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	ROSALBA LLEVUL NECULQUEO
Observaciones	
TAMBIEN RETIRA LA TIA DEL FURGON	

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 00:01:25

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

