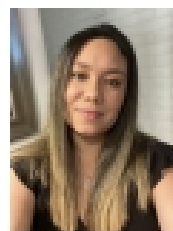




COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna



CATHERINE  
SOLANGE ALBARRÁN  
ESCOBAR



CATHERINE YAÑEZ  
ALBARRAN

## FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25083048-3	PRIMERO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
YAÑEZ	ALBARRAN	CATHERINE
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
24-08-2015	LA CISTERNA	CHILE?
Domicilio		Comuna
CARVAJAL 0238, 103		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	948442709	ALBARRAN.CATHERINE@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
HERNAN YAÑEZ	PADRE	935554299
CATHERINE ALBARRAN	MADRE	948442709
GENOVEVA ESCOBAR	ABUELO/A	962767745
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
AMBOS PADRES	GUIA ESTUDIANTIL	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15893449.3	HERNAN DAVID YAÑEZ DIAZ	935554299
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
HERNANYD@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	CARVAJAL 0238 DEPTO 103
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
INGENIERO INFORMATICO	G1 CONSTRUCTORA SPA	MÁLAGA 254, LAS CONDES

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
15512990-5	CATHERINE SOLANGE ALBARRAN ESCOBAR	948442709
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
ALBARRAN.CATHERINE@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	CARVAJAL 0238 DEPTO 103
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
PROFESORA ED. BÁSICA	NO TRABAJA	CASA

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
15512990-5	CATHERINE SOLANGE ALBARRÁN ESCOBAR	948442709
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
ALBARRAN.CATHERINE@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	CARVAJAL 0238 DEPTO 103	PROFESORA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
NO TRABAJA	CARVAJAL 0238 DEPTO 103	

## Datos Adicionales

¿ Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	EVANGÉLICA
¿ Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	CATHERINE ALBARRAN ESCOBAR	
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: 12-12-2021 22:10:26

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna