

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
JONATHAN ACEVEDO RIQUELME	16548145-3	JONATHANACEVEDOR@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23894265-9	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ACEVEDO	HERRERA	IAN IGNACIO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
09-03-2012	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
ELIAS FERNANDEZ ALBANO 8192		SAN RAMÓN
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	87669324	JONATHANACEVEDOR@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
MARÍA JOSÉ HERRERA	MADRE	
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO HOOVER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16548145-3	JONATHAN ACEVEDO RIQUELME	87669324
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
JONATHANACEVEDOR@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	ELIAS FERNANDEZ ALBANO 8192
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESA	CASA	ELIAS FERNANDEZ ALBANO 8192

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
17422211-8	MARÍA JOSÉ HERRERA SABJA	
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
MARIAJ.HERRERAS@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	ELIAS FERNANDEZ ALBANO 8192
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
INGENIERÍA DE RECURSO HUMANOS	EMPRESA DE SEGURIDAD	VALENTIN LETELIER OFICINA 604, SANTIAGO

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
PADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
16548145-3	JONATHAN ACEVEDO RIQUELME	87669324
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
JONATHANACEVEDOR@GMAIL.COM	MASCULINO	CASADO

Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	ELIAS FERNANDEZ ALBANO 8192	ADMINISTRACIÓN DE EMPRESA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
CASA	ELIAS FERNANDEZ ALBANO 8192	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
PADRE	
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?	
SI	ASMA CONTROLADA.	
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: 22-12-2020 11:20:50

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna