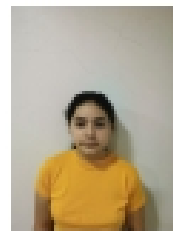




COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover Jr.*  
La Cisterna



INGRID SAEZ

AMPARO VALENTINA  
ZAMORA OSSES

## FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23851405-3	QUINTO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ZAMORA	OSSES	AMPARO VALENTINA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
15-01-2012	SANTIAGO	CHILE
Domicilio		Comuna
SAN MIGUEL 9060		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	966960997	JAFEAMBR@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
GERT	TIO/A	962963197
HANS	PADRE	974651521
INGRID	ABUELO/A	966960997
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
SÓLO PADRE	WILLIS HOOVER	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
178120948	HANS ZAMORA	2147483647
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
ZAMORASAEZ@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	SAN MIGUEL 9060
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TEC. CONECTIVIDAD Y REDES	METRO S.A	METRO

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
XXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	123456789
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
ZAMORASAEZ@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	XXXXXXXXXXXX
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
ABUELO/A	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
66495205	INGRID SAEZ	966960997
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
JAFEAMBR@GMAIL.COM	FEMENINO	DIVORCIADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	SAN MIGUEL 9060	DOCENTE
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
JUBILADA	X	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	CRISTIANA EVANGELICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
OTRO	INGRID SAEZ ANTÚNEZ, HANS ZAMORA SAEZ Y GERT ZAMORA SAEZ	
Observaciones		
PUEDE RETIRARLA CUALQUIER MIEMBRO DE LA FAMILIA, MADRE NO AUTORIZADA		

## 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: 14-12-2021 17:26:22

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna