

# FICHA DE MATRÍCULA

## Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
ESTEFANY URQUIZA	176117664	REBOLLEDOR37@HOTMAIL.COM

## Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24522232-7	SEGUNDO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
REBOLLEDO	URQUIZA	EMILY ANDREA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
27-01-2014	SANTIAGO DE CHILE	CHILE?
Domicilio		Comuna
ISABEL LA CATÓLICA 0917		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	965128201	REBOLLEDOR37@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ESTEFANY	MADRE	965128201
RODRIGO	PADRE	945720638
ROSA	ABUELO/A	982687181
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO WILLIS HOOVER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

## Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
196591141	RODRIGO SEGUNDO REBOLLEDO ESPINOZA	945720638
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
REBOLLEDOR37@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	ISABEL LA CATÓLICA 0917
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
INDEPENDIENTE		ISABEL LA CATÓLICA 0917

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
176117664	ESTEFANY ANDREA URQUIZA AREVALO	965128201
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
REBOLLEDOR37@GMAIL.COM		
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
176117664	ESTEFANY URQUIZA	965128201
Correo Electrónico	Género	Estado Civil

REBOLLEDOR37@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA INCOMPLETA	ISABEL LA CATÓLICA 0917	INDEPENDIENTE
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
CASA	ISABEL LA CATÓLICA	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICOS PENTECOSTALES
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
PADRE	RODRIGO REBOLLEDO
Observaciones	
PUEDE RETIRAR MAMÁ O PAPÁ Y POR ALGUN CASO ESPECIAL SU ABUELA.	

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: 21-12-2020 09:42:16

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna