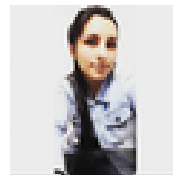




COLEGIO  
EVANGÉLICO PENTECOSTAL  
*Dr. Willis Hoover K.*  
La Cisterna



KARINA VILCHES  
BECERRA



BENJAMÍN ANDRÉS  
CARREÑO VILCHES

## FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

### Datos del Estudiante

RUN	Curso	
25514027-2	KINDER 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CARREÑO	VILCHES	BENJAMÍN ANDRÉS
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
17-09-2016	SANTIAGO	CHILE
Domicilio		Comuna
PASAJE MARTES 2790		PEDRO AGUIRRE CERDA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	932627220	KARI.VILCHES.19@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
ELIZABETH BECERRA	ABUELO/A	932627223
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
SÓLO MADRE	COLEGIO LA RONDA	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
NO		

### Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
000000000	NADA	0
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
KARI.VILCHES.19@GMAIL.COM	NINGUNO	NADA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
NADA	NADA	NADA

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
18.940.349-6	KARINA VILCHES BECERRA	932627220
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
KARI.VILCHES.19@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	PASAJE MARTES 2790
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
SECRETARIA BILINGÜE	CESANTE	CESANTE

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
18.940.349-6	KARINA VILCHES BECERRA	932627220
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
KARI.VILCHES.19@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	PASAJE MARTES 2790	SECRETARIA BILINGÜE
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
CESANTE	CESANTE	

## Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	KARINA VILCHES BECERRA	
Observaciones		
LA ABUELA ESTA AUTORIZADA : ELIZABETH BECERRA NO ESTA AUTORIZADO PARA RETIRAR AL ALUMNO ES EL PADRE: RICARDO CARREÑO		

## 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: 21-02-2022 13:02:45

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna