

# FICHA DE MATRÍCULA

## Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
GERARDO ABSALÓN CHIRINOS ROMERO	146444733	MARIA.CHIRINOS.A@GMAIL.COM

## Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23254058-3	SEXTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CHIRINOS	ARAYA	GERARDO JESUS
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
19-02-2010	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
GINEBRA 0580		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	990790222	MARIA.CHIRINOS.A@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
GERARDO CHIRINOS	PADRE	990790222
MARÍA CHIRINOS	HERMANO/A	966505568
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO HOOVER	SÓLO PADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

## Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
146444733	GERARDO ABSALÓN CHIRINOS ROMERO	990790222
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
MARIA.CHIRINOS.A@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	GINEBRA 580
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
MECÁNICO MAQUINARIA PESADA	SANTIAGO	

## Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
127708029	MARGARITA ARAY	995073265
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
MARIA.CHIRINOS.A@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

## Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
PADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
146444733	GERARDO CHIRINOS	990790222
Correo Electrónico	Género	Estado Civil

MARIA.CHIRINOS.A@GMAIL.COM	MASCULINO	SEPARADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	GINEBRA 580	
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	CATOLICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
HERMANO/A	MARIA CHIRINOS
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	_____ 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 11:15:27

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna