



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
PAULINA BURGOS	16234161-8	paulinaburgoscortes@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24288825-1	SEGUNDO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ACUÑA	BURGOS	ANTONIA ISABEL
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
29-05-2013	SANTIAGO	Chile?
Domicilio		Comuna
HAITÍ #4408		Pedro Aguirre Cerda
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino	950619421	paulinaburgoscortes@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Paulina Burgos	MADRE	950619421
Daniel Acuña	PADRE	959045406
Juana Cortés	ABUELO/A	978616901
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Colegio Hoover La Cisterna	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16069733-4	Daniel André Acuña Hinojosa	959045406
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
daniel.hinojosa.1985@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Haití #4408
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Independiente		

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16234161-8	Paulina Andrea Burgos Cortés	950619421
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
paulinaburgoscortes@gmail.com	SUPERIOR COMPLETA	Haití #4408 Pedro Aguirre Cerda
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
16.234.161-8	Paulina Andrea Burgos Cortés	950619421
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
paulinaburgoscortes@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	Haití #4408 Pedro Aguirre Cerda	Docente
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Escuela República del Líbano	Luis Cousiño #1980	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
PADRE	Daniel André Acuña Burgos.
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: 18-12-2020 19:27:53

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

