



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
ROSSANA GALLARDO SALINAS	9.098.420-9	ROSSI191060@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23154654-5	SEXTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
SALINAS	MORAGA	MARTIN ELIAS
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
23-10-2009	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
CHILE ESPAÑA #8004		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	932890833	ROSSI191060@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
MIRIAM ACEBEDO	TIO/A	2147483647
GONZALO MORAGA	HERMANO/A	987096592
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
HOOVER	ABUELOS	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
ABUELO/A	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
9.098.420-9	ROSSANA DEL CARMEN GALLARDO SALINAS	932890833
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
ROSSI191060@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO

Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA INCOMPLETA	CHILE ESPAÑA #8004 LA CISTERNA	DUEÑA DE CASA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
ABUELO/A	ROSSANA DEL CARMEN GALLARDO SALINAS
Observaciones	
RETIRA EL ALUMNO LOS ABUELOS Y UN TÍO TAMBIÉN SE PUEDE IR SOLO	

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: 26-02-2021 13:27:29

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna