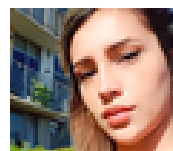
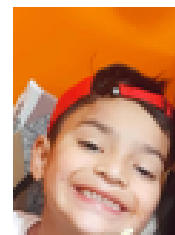




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



SCARLE OLEA
FUENTES



ALONSO AGUSTIN
VERGARA OLEA

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24805438-7	SEGUNDO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
VERGARA	OLEA	ALONSO AGUSTIN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
21-11-2015	SANTIAGO	CHILE
Domicilio		Comuna
AVENIDA EL PARRON 0681		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	932481271	SCARLETFERNANDAOLEAFUENTES@GMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
SCARLET	MADRE	932481271
SERGIO	OTRO	920491330
OSCAR	ABUELO/A	976254770
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
SÓLO MADRE	ESTRELLA DE CHILE	NO
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
SI	PIE	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
00000	0000	0
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
SCARLETFERNANDAOLEAFUENTES@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	0000
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
000	000	000

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
187487943	SCARLET FERNANDA OLEA FUENTES @GMAIL.COM	932481271
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
SCARLET FERNANDA OLEA FUENTES @GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	AV. EL PARRON 0681
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
PELUQUERIA	SANTIAGO	SANTIAGO

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
187487943	SCARLE OLEA FUENTES	932481271
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
SCARLET FERNANDA OLEA FUENTES @GMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	AV.EL PARRON 0681	.PELUQUERIA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
SANTIAGO	SANTIAGO	

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	SCARLET OLEA FUENTES	
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?	
SI		
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: 20-12-2021 14:46:20

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna