



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
carolina mena flores	14195468-7	carovero81@hotmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23716678-7	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
ARRIAGADA	Mena	Alonso Elias
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
09-08-2011	santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
madame bolland 100 depto 507		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	990632785	carovero81@hotmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CAROLINA MENA	MADRE	990632785
MILA FLORES	ABUELO/A	224948402
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Colegio Hoover	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
158923696	Joel Arriagada Araya	954154625
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
joelarriagada.a@hotmail.com	SUPERIOR COMPLETA	madame bolland 100 dpto 507
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
tecnico juridico		madame bolland 100 dpto 507

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
141954687	Carolina Mena Flores	990632785
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
carovero81@hotmail.com	SUPERIOR COMPLETA	madame bolland 100 dpto 507
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
141954687	carolina	990632785
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
carovero81@hotmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	madame bolland 100 dpto 507	tecn adm empresas
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
Corredores Integrados S.A.	Alonso de cordova	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	cristiano
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
ABUELO/A	Teresa Araya
Observaciones	
es posible que lo vaya también a retirar su padre Joel Arriagada o su abuelo Fernando Mena	

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: 17-12-2020 16:24:37

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

