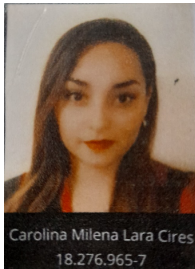




COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



CAROLINA MILENA
LARA CIRES



PASCALE
ALEJANDRA
ANTHONELLA
CONTRERAS LARA

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
CAROLINA LARA CIRES	182769657	CAROLINALARACIRES@HOTMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
24700294-4	PRIMERO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
CONTRERAS	LARA	PASCALE ALEJANDRA ANTHONELLA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
MANUEL FISCHMANN 0744		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
FEMENINO	979968006	CAROLINALARACIRES@HOTMAIL.COM
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CAROLINA	MADRE	979968006
ANA	ABUELO/A	988997747
CRISTOBAL	OTRO	962010098
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
COLEGIO HOOVER	SÓLO MADRE	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
169534128	CLAUDIO ANDRES CONTRERAS OLGUIN	964449590
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
CLAUDIO.CONTRERAS2609@HOTMAIL.ES	MEDIA COMPLETA	VICTOR DOMINGO SILVA 3917
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
AYUDANTE DE CONTADOR	AGENCIA DE ADUANA	SAN PIO X 2390

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
182769657	CAROLINA MILENA LARA CIRES	979968006
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
CAROLINALARACIRES@HOTMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	MANUEL FISCHMANN 0744
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
182769657	CAROLINA MILENA LARA CIRES	979968006
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
CAROLINALARACIRES@HOTMAIL.COM	FEMENINO	SOLTERO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	MANUEL FISCHMANN 0744	MANICURISTA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
CASA	MANUEL FISCHMANN 0744	

Datos Adicionales

¿ Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	
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

Manual de Convivencia

Reglamento Interno

Plan de Formación Ciudadana

_____ SI

_____ SI

_____ SI

_____ SI

_____ NO

_____ NO

_____ NO

_____ NO

Firma del Padre o Madre

Firma del Apoderado

Fecha: 21-12-2020 10:36:42

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna