



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Rodolfo Pinchart	10.560.021-6	rodolfopinchart@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23186724-4	SEXTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
PINCHART	URIBE	JUAN IGNACIO
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
24-11-2009	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Pasaje Colon 8352 casa 26		La Cisterna
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Masculino	223106933	
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Rodolfo	PADRE	934995130
Gaccia	MADRE	971786062
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
10.560.021-6	Rodolfo Pinchart Ibieta	2147483647
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
rodolfopinchart@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Pje. Colon 8352 casa 26
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
10.673.138-1	Gaccia Uribe Cardenas	2147483647
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
uribecardenasg@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Pje. Colon 8352 casa 26
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
10.676.138-1	Gaccia Uribe Cardenas	2147483647
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
uribecardenasg@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Pje. Colon 8352 casa 26	
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
MADRE	Gaccia Uribe Cardenas
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	Bronquitis Obstruiva	
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: 19-12-2020 16:02:14

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna