



COLEGIO
EVANGÉLICO PENTECOSTAL
Dr. Willis Hoover Jr.
La Cisterna



RUTH CACERES
REYES



MOISÉS JOAQUÍN
SANHUEZA CÁCERES

FICHA DE MATRÍCULA AÑO 2022

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23203317-7	SÉPTIMO BÁSICO 2022	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
SANHUEZA	CÁCERES	MOISÉS JOAQUÍN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
16-12-2009	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio		Comuna
DALCAHUE 6766		LA CISTERNA
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO	949356359	MOISES.SANHUEZA@COLEGIOHOOVER.CL
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
RENATO SANHUEZA CAMPOS	PADRE	1
¿Con quien vive el niño?	Colegio de Procedencia	¿Repite curso?
SÓLO MADRE	COLEGIO WILLIS HOOVER	SI
¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	¿Cuál?	
SI		

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
12734036-6	RENATO SANHUEZA CAMPOS	988080186
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
NATOSANHUEZA@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	CAMINO LAS PARCELAS 12, ISLA DE MAIPO
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ENCUADERNADOR	GONSA S.A	APOSTOL SANTIAGO 470

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
13497297-1	RUTH CACERES REYES	949356359
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
CACERESRUTH178@GMAIL.COM	MEDIA COMPLETA	DALCAHUE 6766, LA CISTERNA
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
AUXILIAR DE SERVICIO CLINICO	CLINICA VESPUCIO	SERAFIN ZAMORA 190, LA FLORIDA

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
13497297-1	RUTH CACERES REYES	0
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
CACERESRUTH178@GMAIL.COM	FEMENINO	CASADO
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	DALCAHUE 6766	AUXILIAR DE SERVICIO CLINICO
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
CLINICA VESPUCIO	SERAFIN ZAMORA 190, LA FLORIDA	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	Selección religión	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA	EVANGELICA
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido	
MADRE	RUTH CACERES REYES	
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	_____ 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: 13-12-2021 15:52:06

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna