



FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
Fany Loaiza Duarte	16986266-4	fanmaxvic@gmail.com

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23700396-9	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
GONZALEZ	LOAIZA	VICTORIA DANITZA
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
23-07-2011	Santiago	Chile?
Domicilio		Comuna
Mazatlán 7627		Lo Espejo
Género	Teléfono	Correo Electrónico
Femenino		gonzalezloaiza.victoria@gmail.com
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
Bryan Gonzalez	PADRE	989329852
fany Loaiza	MADRE	931730861
fany Duarte	ABUELO/A	961413051
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
Colegio Willis Hoover	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16276274-5	Bryan Esteban González Santana	989329852
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
bryangonzalez.bfmv@hotmail.es	MEDIA COMPLETA	Mazatlán 7627
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
Gasfiter	Independiente	

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
16986266-4	Fany Danitza Loaiza Duarte	931730861
Correo Electrónico	Nivel Educativo	Dirección
fanmaxvic@gmail.com	MEDIA COMPLETA	Mazatlán 7627
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo

Dueña de casa		
---------------	--	--

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
16986266-4	Fany Danitza Loaiza Duarte	931730861
Correo Electrónico	Género	Estado Civil
fanmaxvic@gmail.com	Femenino	Casado
Nivel Educativo	Dirección	Profesión
MEDIA COMPLETA	Mazatlán 7627	Dueña de casa
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
NO	Solo somos cristianos
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
MADRE	Fany Loaiza
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	_____ 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: 16-12-2020 16:10:25

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna

