

FICHA DE MATRÍCULA

Datos del Solicitante

Nombre	RUN	Correo Electrónico
SAMUEL FLORES MARIVIL	20448366-3	SAMUFLORES2014@GMAIL.COM

Datos del Estudiante

RUN	Curso	
23803169-9	CUARTO BÁSICO 2021	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
SANHUEZA	FLORES	JOSCHUA BENJAMIN
Fecha de Nacimiento	Ciudad Nacimiento	País de Origen
19-11-2011	SANTIAGO	CHILE?
Domicilio	Comuna	
LAS CHOQUITAS #1610	EL BOSQUE	
Género	Teléfono	Correo Electrónico
MASCULINO		
Teléfonos de contacto y/o urgencias		
Nombre	Parentesco	Número
CAROLINA FLORES	MADRE	946177206
ISABEL MARIVIL	ABUELO/A	991345912
JOSCHUA SANHUEZA	PADRE	975612844
Colegio de Procedencia	¿Con quien vive el niño?	
HOOVER	AMBOS PADRES	
¿Repite curso?	¿Presenta Necesidades Educativas Especiales?	
NO	NO	

Datos del Padre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
22229177-1	JOSCHUA ISAÍ SAHUEZA SCHAEFFER	975612844
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
JSANHUEZA.SCHAEFFER@GMAIL.COM	SUPERIOR COMPLETA	LAS CHOQUITAS 1610. EL BOSQUE
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
TÉCNICO EN ENFERMERÍA	CLINICA INDISA	AVDA SANTA MARÍA /LOS CONQUISTADORES

Datos de la Madre

RUN	Nombre Completo	Teléfono
19024578-0	CAROLINA FLORES MARIVIL	946177206
Correo Electrónico	Nivel Educacional	Dirección
CFLORESM@UFT.EDU	SUPERIOR COMPLETA	LAS CHOQUITAS 1610
Profesión	Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo
ENFERMERA	POSTA CENTRAL	CURICÓ / PORTUGAL

Datos del Apoderado

Vínculo que lo une al alumno(a)	¿Vive con el niño?	
MADRE	SI	
RUN	Nombre Completo	Teléfono
19024578-0	CAROLINA FLORES MARIVIL	946177206

Correo Electrónico	Género	Estado Civil
CFLORESM@UFT.EDU	FEMENINO	CASADO
Nivel Educacional	Dirección	Profesión
SUPERIOR COMPLETA	LAS CHOGUITAS 1610	ENFERMERA
Lugar de Trabajo	Dirección de Trabajo	
POSTA CENTRAL	CURICÓ/PORTUGAL	

Datos Adicionales

¿Los padres o el apoderado profesan alguna Religión?	¿Cuál?
SI	EVANGÉLICA PENTECOSTAL
¿Quién retira a su hijo del Establecimiento?	Indique nombre y apellido
TIO/A	JONATÁN FLORES
Observaciones	
LO VIENE A BUSCAR ALGÚN FAMILIAR.	

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: 22-12-2020 12:28:21

Colegio Dr. Willis Hoover K. La Cisterna