



- FICHA DE MATRÍCULA 2026-

Fecha: 12/12/2025 REG. DE MATRÍCULA N° : 273 N° DE CONTRATO: 273

DATOS DEL ESTUDIANTE

|   |                        |   |
|---|------------------------|---|
| Nombres y Apellidos: FÉLIX ALONSO MILLA HEVIA |                        | RUN: 24934812-0                             |
| Fecha Nacimiento: 22/03/2015                  | Edad: 10               | Correo Elect.: v.hevia.hormazabal@gmail.com |
| Domicilio: Felipe Wiegard Rodríguez 660       | Sector: Punta Mira sur | Ciudad Coquimbo                             |
| Procedencia: Discovery School                 | Cursos reprobados: 0   | Curso al que matricula: Sexto Basico        |
| Vive Con: Mamá                                | Nº hermanos: 1         | NEE: No                                     |
| Ascendencia Étnica: Diaguita                  |                        | Nº hermanos: SI                             |

DATOS DE LOS PADRES

|                                    |               |           |
|------------------------------------|---------------|-----------|
| Nombre del Padre:Max Milla Salazar |               | RUN:      |
| Escolaridad:                       | Correo Elect: | Telefono: |
| Domicilio:                         | Sector:       | Ciudad:   |

DATOS DE LOS PADRES

|   |   |                        |
|---|---|------------------------|
| Nombre del Madre:Valentina Hevia Hormazábal |   | RUN:16284017-7         |
| Escolaridad:Universitaria completa          | Correo Elect:v.hevia.hormazabal@gmail.com | Telefono: +56985088272 |
| Domicilio:Felipe Wiegard Rodríguez 660      | Sector:Punta Mira sur                     | Ciudad: Coquimbo       |

Datos Apoderado Titular

|   |                                  |  |
|---|----------------------------------|--|
| Nombre y Apellidos:Valentina Hevia Hormazábal |                                  | RUN:16284017-7                                   |
| Escolaridad:Universitaria completa            | Relación con el estudiante:Madre | Lugar de Trabajo: Universidad Católica del Norte |
| Teléfono1:+56985088272                        | Teléfono2:+56979600295           | Correo Elect:                                    |
| Domicilio:Felipe Wiegard Rodríguez 660        | Sector:Punta Mira sur            | Ciudad: Coquimbo                                 |

Datos Apoderado Suplente

|   |  |                                |
|---|--|--------------------------------|
| Nombre y Apellidos:Mónica González González |  | RUN:15396169-7                 |
| Escolaridad:                                | Relación con el estudiante:Amiga de la madre | Lugar de Trabajo: +56981713513 |
| Teléfono1:                                  | Teléfono2:                                   | Correo Elect:                  |
| Domicilio:                                  | Sector:                                      | Ciudad: Coquimbo               |

¿El / La estudiante tiene el proceso de vacunación COVID -19? SI

Observaciones Relevantes: No puede recibir vacunas o tratamientos en el colegio.

Nombre y firma

Encargado/a de matrícula

Nombre y firma

Apoderado Titular