



CORPORACIÓN EDUCACIONAL AVENTURA
DISCOVERY SCHOOL 13621 - 2
PEDRO LAGOS 721, SECTOR EL LLANO COQUIMBO
TELEFONOS (51) 2520027

- FICHA DE MATRÍCULA 2025-

| | | |
|--|----------------------------|--|
| Fecha: 04/12/2024 | REG. DE MATRÍCULA N° : 358 | N° DE CONTRATO: 358 |
| DATOS DEL ESTUDIANTE | | |
| Nombres y Apellidos: NEIRA TOLEDO AGUSTINA MONSERRAT | | RUN: 23451457-1 |
| Fecha Nacimiento: 01/01/1995 | Edad: 30 | Correo Elect.: vaniafernandatoledo1993@gmail.com |
| Domicilio: Gaspar Cabrales besodillas 507 | Sector: Punta mira norte | Ciudad Coquimbo |
| Procedencia: Coquimbo | Cursos reprobados: | Curso al que matricula: Primero Medio |
| Vive Con: Mama | N° hermanos: 2 | NEE: No |
| Ascendencia Étnica: No | N° hermanos: SI | |

DATOS DE LOS PADRES

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

DATOS DE LOS PADRES

| | | |
|---|--|---------------------|
| Nombre del Madre: Vania toledo | | RUN: 18794932-7 |
| Escolaridad: Superior | Correo Elect: lukas.antonio.garcia1991@gmail.com | Telefono: 932662856 |
| Domicilio: Gaspar Cabrales besodillas 507 | Sector: Punta mira norte | Ciudad: Coquimbo |

Datos Apoderado Titular

| | | |
|---|----------------------------------|---------------------------------|
| Nombre y Apellidos: Vania toledo | | RUN: 18794932-7 |
| Escolaridad: Superior | Relación con el estudiante: Mama | Lugar de Trabajo: Clínica elqui |
| Teléfono1: 932662856 | Teléfono2: | Correo Elect: |
| Domicilio: Gaspar Cabrales besodillas 507 | Sector: Punta mira | Ciudad: Coquimbo |

Datos Apoderado Suplente

| | | |
|---|----------------------------------|---------------------------------|
| Nombre y Apellidos: Vania toledo | | RUN: 18794932-7 |
| Escolaridad: Superior | Relación con el estudiante: Mama | Lugar de Trabajo: Clínica elqui |
| Teléfono1: 932662856 | Teléfono2: | Correo Elect: |
| Domicilio: Gaspar Cabrales besodillas 507 | Sector: Punta mira norte | Ciudad: Coquimbo |

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

Observaciones Relevantes:

Nombre y firma
Encargado/a de matrícula

Nombre y firma
Apoderado Titular