

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

| - FICHA DE MATRÍCULA 2025- | | | | | |
|--|----------------------------|--------------------------------------|--|--|--|
| Fecha: 08/12/2024 | REG. DE MATRÍCULA N° : 471 | N° DE CONTRATO: 471 | | | |
| DATOS DEL ESTUDIANTE | | | | | |
| Nombres y Apellidos: MUNDACA VICUÑA EMORHY ANTONIA | | RUN: 22586123-4 | | | |
| Fecha Nacimiento: 16/12/2007 | Edad: 17 | Correo Elect.: emorhy.1612@gmail.com | | | |
| Domicilio: Antonio banda 548 | Sector: San juan | Ciudad Coquimbo | | | |
| Procedencia: Discovery school | Cursos reprobados: 0 | Curso al que matricula: Cuarto Medio | | | |
| Vive Con: Mamá y hermano | N° hermanos: 1 | NEE: | | | |
| Ascendencia Étnica: | | N° hermanos: NO | | | |

| DATOS DE LOS PADRES | | | | | |
|--|------------------------------------|---------------------|--|--|--|
| Nombre del Padre:Jose Rojas | | RUN:16581401-0 | | | |
| Escolaridad:Cursando ultimo año de universidad | Correo Elect:emoehy.1612@gmail.com | Telefono: 961605745 | | | |
| Domicilio:J.j.oliver | Sector:San juan | Ciudad: Coquimbo | | | |
| | DATOS DE LOS PADRES | | | | |
| Nombre del Madre:Angie vicuña arancibia | | RUN:17451698-7 | | | |
| Escolaridad:Universidad completa | Correo Elect:emorhy.1612@gmail.com | Telefono: 934682902 | | | |
| Domicilio:Antonio banda 548 | Sector:San juan | Ciudad: Coquimbo | | | |

| | Datos Apoderado Titular | |
|--|----------------------------------|--|
| Nombre y Apellidos:Angie vicuña arancibia | RUN:17451698-7 | |
| Escolaridad:Universidad completa | Relación con el estudiante:Madre | Lugar de Trabajo: Colegio Pablo Neruda |
| Teléfono1:934682902 | Teléfono2:512323940 | Correo Elect: |
| Domicilio:Antonio banda | Sector:San juan | Ciudad: Coquimbo |
| | Datos Apoderado Suplente | |
| Nombre y Apellidos:Jose Rojas | | RUN:16581401-0 |
| Escolaridad:Cursando ultimo año de universidad | Relación con el estudiante:Padre | Lugar de Trabajo: Constructura Carran |
| Teléfono1:961605745 | Teléfono2:512323940 | Correo Elect: |
| Domicilio:J.joliver | Sector:San juan | Ciudad: Coquimbo |

| ¿EI / La estudiante tiene el proceso de vacunación COVID -19? SI | | | | | |
|--|-------------------|--|--|--|--|
| Observaciones Relevantes: | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Nombre y firma | Nombre y firma | | | | |
| Encargado/a de matrícula | Apoderado Titular | | | | |