



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

- FICHA DE MATRÍCULA 2025-

Fecha: 26/02/2025	REG. DE MATRÍCULA N° : 554	N° DE CONTRATO: 554
DATOS DEL ESTUDIANTE		
Nombres y Apellidos: Mariano Ignacio Estay Rojas	RUN: 26854245-0	
Fecha Nacimiento: 29/05/2019	Edad: 6	Correo Elect.: pamela.rojas15@inacapmail.cl
Domicilio: Dionisio Monasterio 2990	Sector: Punta Mira Norte	Ciudad Coquimbo
Procedencia: Escuela de lenguaje Kidstropolis	Cursos reprobados: 0	Curso al que matricula: Kinder
Vive Con: Madre	N° hermanos: 3	NEE: no
Ascendencia Étnica: no	N° hermanos: si	

DATOS DE LOS PADRES

Nombre del Padre:Luis Estay Jopia	RUN:17439278-1	
Escolaridad:Superior	Correo Elect:	Telefono: 965737144
Domicilio:Antonio Cuevas 280	Sector:Canela Baja	Ciudad: Coquimbo

DATOS DE LOS PADRES

Nombre del Padre:Luis Estay Jopia	RUN:17439278-1	
Escolaridad:Superior	Correo Elect:	Telefono: 965737144
Domicilio:Antonio Cuevas 280	Sector:Canela Baja	Ciudad: Coquimbo

DATOS DE LOS PADRES

Nombre del Madre:Pamela Rojas Guerra	RUN:17453072-6	
Escolaridad:Superior	Correo Elect:pamela.rojas15@inacapmail.cl	Telefono: 934900139
Domicilio:Dionisio Monasterio 2990	Sector:Punta Mira Norte	Ciudad: Coquimbo

DATOS DE LOS PADRES

Nombre del Madre:Pamela Rojas Guerra	RUN:17453072-6	
Escolaridad:Superior	Correo Elect:pamela.rojas15@inacapmail.cl	Telefono: 934900139
Domicilio:Dionisio Monasterio 2990	Sector:Punta Mira Norte	Ciudad: Coquimbo

Datos Apoderado Titular

Nombre y Apellidos:Pamela Rojas Guerra	RUN:17453072-6	
Escolaridad:Superior	Relación con el estudiante:Madre	Lugar de Trabajo: MS Group
Teléfono1:934900139	Teléfono2:	Correo Elect:
Domicilio:Dionisio Monasterio 2990	Sector:Punta Mira Norte	Ciudad: Coquimbo

Datos Apoderado Titular

Nombre y Apellidos:Pamela Rojas Guerra	RUN:17453072-6	
Escolaridad:Superior	Relación con el estudiante:Madre	Lugar de Trabajo: MS Group
Teléfono1:934900139	Teléfono2:	Correo Elect:
Domicilio:Dionisio Monasterio 2990	Sector:Punta Mira Norte	Ciudad: Coquimbo

Datos Apoderado Suplente

Nombre y Apellidos:	RUN:	
Escolaridad:	Relación con el estudiante:	Lugar de Trabajo:
Teléfono1:	Teléfono2:	Correo Elect:
Domicilio:	Sector:	Ciudad: Coquimbo

Datos Apoderado Suplente

Nombre y Apellidos:	RUN:	
Escolaridad:	Relación con el estudiante:	Lugar de Trabajo:
Teléfono1:	Teléfono2:	Correo Elect:
Domicilio:	Sector:	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