

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° : 555 | N° DE CONTRATO: 555 | | |
| DATOS DEL ESTUDIANTE | | | | |
| Nombres y Apellidos: Ian Bernardo Loyola Gonzalez | | RUN: 27052055-3 | | |
| Fecha Nacimiento: 17/10/2019 | Edad: 5 | Correo Elect.: elys20082011@gmail.com | | |
| Domicilio: Eligia Panizza 1264 | Sector: El Bosque Oriente | Ciudad Coquimbo | | |
| Procedencia: Discovery School | Cursos reprobados: 0 | Curso al que matricula: Kinder | | |
| /ive Con: Madre | N° hermanos: 4 | NEE: TEA | | |
| Ascendencia Étnica: Si | | 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:Elizabeth Gonzalez Aranda | | RUN:17722287-9 | | | |
| Escolaridad:Tecnica | Correo Elect:elys20082011@gmail.com | Telefono: 955320391 | | | |
| Domicilio:Eligia Panizza 1264 | Sector:El Bosque Oriente | Ciudad: Coquimbo | | | |
| | | | | | |

| | Datos Apoderado Titular | |
|---|--|--------------------------------------|
| Nombre y Apellidos:Elizabeth Go | nzalez Aranda | RUN:17722287-9 |
| Escolaridad: | Relación con el estudiante:Madre | Lugar de Trabajo: Hospital San Pablo |
| Teléfono1:955320391 | Teléfono2: | Correo Elect: |
| Domicilio: | Sector: | Ciudad: Coquimbo |
| | Datos Apoderado Suplente | • |
| Nombre y Apellidos:Juana Aranda Campusano | | RUN:10235980-1 |
| Escolaridad:Tecnica | Relación con el estudiante: Abuela materna | Lugar de Trabajo: Hospital San Pablo |
| Teléfono1:985139616 | Teléfono2: | Correo Elect: |
| Domicilio: | Sector: | Ciudad: Coquimbo |

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