



CENTRO EDUCACIONAL SAN CARLOS DE ARAGÓN / PUENTE ALTO

Nombre completo del estudiante: \_\_\_\_\_

RUN del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

(Incluya nombre de la calle o avenida, villa, población, número de la casa y comuna)

Nombre completo del apoderado: \_\_\_\_\_

RUN del apoderado: \_\_\_\_\_

Número celular: \_\_\_\_\_

Nombre completo del apoderado suplente: \_\_\_\_\_

RUN: \_\_\_\_\_

Número celular: \_\_\_\_\_

Datos complementarios de salud que el colegio deba manejar para el resguardo del estudiante

---

---

---

---

---

---

AÑO ESCOLAR 2024