



SOCIEDAD EDUCATIVA LEONARDO DA VINCI S.A.
PASAJE VECINAL Nº 286 CELULAR +56 944853679
CORREO ELECTRÓNICO: secretariagerencia@cldv.cl



Ficha de Estudiante año 2026

Datos del estudiante

Nombre	:	
Rut	:	
Fecha de Nacimiento	:	
Curso 2026	:	
Dirección	:	
Enfermedad	:	
Alergias	:	SI ☐ NO ☐ A qué :

Datos Padre del estudiante

Nombre	:	
Rut	:	
Dirección	:	
Profesión/oficio/actividad	:	
Teléfono	:	
Correo	:	

Datos Madre del estudiante

Nombre	:	
Rut	:	
Dirección	:	
Profesión/oficio/actividad	:	
Teléfono	:	
Correo	:	

Datos Sostenedor del estudiante (Marcar con una X donde corresponda)

Sostenedor	:	Madre ☐ Padre ☐ Otro ☐ (solo si es otro, rellenar los datos)
Nombre	:	
Rut	:	
Dirección	:	
Profesión/oficio/actividad	:	
Teléfono	:	
Correo	:	

Datos Apoderado académico del estudiante (Marcar con una X donde corresponda)

Apoderado académico : Madre ☐ Padre ☐ Otro ☐ (solo si es otro, rellenar los datos)

Nombre :

Rut :

Dirección :

Teléfono :

Correo :

Persona Autorizada para retirar al estudiante (Marcar con una X donde corresponda)

Quién retira : Madre ☐ Padre ☐ Otro ☐ (solo si es otro, rellenar los datos)

Nombre :

Rut :

Parentezco :

Teléfono :

Se puede retirar solo : SI ☐ NO ☐

Traslado a centro de Salud Prioritario :

Traslado a centro de Salud Alternativo :