



COMPROBANTE DE MATRÍCULA 2024

Stgo, _____ de: _____, 202__

ANTECEDENTES (Favor complete este ítem)

Nombre Niño (a) : _____
R.U.T : _____
Fecha nacimiento : _____
Apoderado : _____
Dirección : _____
Teléfono : _____
Correo : _____

(Los siguientes Items deben ser llenado SOLO por administración)

MES DE GARANTIA:

- Valor a pagar: \$ _____
- Modo de pago: _____
- N.º de voucher o banco: _____

ANUALIDAD COMPLETA:

- Meses a cancelar: _____ a: Enero 2025
- Monto con 5% de dcto: \$ _____
- Modo de pago: _____
- N.º de voucher o banco: _____

HORARIOS DE TERAPIAS SELECCIONADOS:

- Especialidad : _____ Día: _____ Hora: _____
Sede: _____
- Especialidad : _____ Día: _____ Hora: _____
Sede: _____
- Especialidad : _____ Día: _____ Hora: _____
Sede: _____

Apoderado: _____

Rut: _____

Firma: _____