



Fundación Educacional Arriarán Barros  
Colegio Arriarán Barros  
Puerto Montt

## Completar

Yo Apoderado(a) del Estudiante:

---

Curso \_\_\_\_\_ 2024.

Declaro por este documento haber recibido conforme la “**Circular Financiamiento Compartido**”, referida al cobro para el año **2024**, emitido por la Dirección del Colegio.

Nombre Apoderado/a: \_\_\_\_\_

RUN \_\_\_\_\_

Firma Apoderado/a: \_\_\_\_\_

Diciembre de 2024.

**Paz y Bien**

Colegio Arriarán Barros, Bernardo, O'Higgins 420, Fono: 65-2-252886

[www.cab.cl](http://www.cab.cl)

[colegioarriaranbarros@cab.cl](mailto:colegioarriaranbarros@cab.cl)

[direccion@cab.cl](mailto:direccion@cab.cl)

[paginaweb@cab.cl](mailto:paginaweb@cab.cl)