Educación Inclusiva Para Población Vulnerable
"Todos Por un Pais Mejor!"

Señor padre de familia, acudiente y/o estudiante: El presente formato tiene como finalidad, conocer la información de caracterización (ANEXO 6ª) para los estudiantes de nuestra institución, se les **recomienda especial atención en el diligenciamiento del formato** debido a que la informaciòn de quienes estèn inmersos en estas caracterizaciones se registraran en la plataforma del Sistema Integrado de Matriculas SIMAT de los cuales deberàn entregar su respectivo SOPORTE.

Ejemplo: si su hijo tiene:Baja Visiòn Diagnòsticada : marca con X y deben adjuntar soporte mè d i c o .

R E S P O N D E R C O N L E T R A C L A R A

NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE:_____**AÑO:**2017

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO:R:C ___T.I__C.C ____No._____ _____**GRADO:**_____

EDAD — AÑOS CUMPLIDOS(___) **FECHA NACIMIENTO**:AÑO_____ MES_____DIA___

DIRECCIÒN:_____**BARRIO:**_____**TELÈFONO:**_____

BARRIO ZONA URBANA -CUAL:_____ **BARRIO ZONA RURAL** __CUAL: _____

SE BENEFICIA DE LA ESTRATEGIA DE PLAN DE ALIMENTACION ESCOLAR (PAE): SI: _____ NO:

SE BENEFICIA DE LA ESTRATEGIA DE TRANSPORTE ESCOLAR(Zonas sin cobertura educativa sector rural) SI__NO__ Nombre del Corregimiento:_____.

ES DESPLAZADO(A): SI:___ **NO**: _ ___ **DPTO EXPULSOR**_____**CIUDAD**_____ (En caso afirmativo adjuntar copia de soporte). FECHA:_____CODIGO DESPLAZADO:_____

PERTENECE A ETNIAS: SI:____ **NO**:_____ (En caso afirmativo adjuntar carta expedida por de la comunidad)

PERTENECE A RESGUARDO INDIGENAS: SI:____NO:___ CUAL:_____ (En caso afirmativo adjuntar carta expedida por el resguardo).

PERTENECE Y ESTÀ CARACTERIZADO COMO NEGRITUDES? SI_____NO_____

DISCAPACIDADES:(Coloque X al frente si el estudiante posee alguna de las sgtes discapacidades y por favor adjunta soporte). Psicosocial:-_____Limitación Física:___Disc. Sistèmica___Sordo Ceguera____ Enanismo:___Sordera Profunda ____Voz habla____Mùltiple Discapacidad___ Baja Audición_____

SV-Baja Visión _____SV-Ceguera_____Paralisis Cerebral _____Autismo _____DI Cognitivo_____

Lesión Neuromuscular____Deficiencia Cognitiva____Sindrome de Down ___ _____mùltiples ___Sordos Lenguas Señas_____ SA Usuario LSC___SA Usuario de Castellano____ Ninguna de las Anteriores____.

CAPACIDADES EXCEPCIONALES:

Superdotado _____ Con talento cientifico_____ Con Talento Tecnológico___Talento Subjetivo____Talento Atlètico. _____Doble Excepcional_____Ninguna de Anteriores.

NOTA: FAVOR SEÑOR PADRE DE FAMILIA ,ESTE FORMATO SE ENTREGA DILIGENCIADO AL MOMENTO DE LA MATRÌCULA TANTO PARA ESTUDIANTES NUEVOS COMO PARA ESTUDIANTES ANTIGUOS.

FIRMA DE ESTUDIANTE. _____.

FIRMA PADRE – MADRE Y/O ACUDIENTE: _____.