



SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE PALMIRA

FORMATO INSCRIPCION DE ALUMNOS NUEVOS

PERIODO LECTIVO **2021**



INSTITUCION EDUCATIVA CÁRDENAS CENTRO



Solicitud N°

INFORMACION ACADÉMICA ULTIMO AÑO CURSADO

Proviene sector	Oficial <input type="checkbox"/>	Privado <input type="checkbox"/>	Plantel de Procedencia				
Estudio el año anterior	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Aprobó <input type="checkbox"/>	Reprobó <input type="checkbox"/>	Desertó <input type="checkbox"/>	Ultimo Grado <input type="checkbox"/>	Grado Aspira <input type="checkbox"/>

INFORMACION SOBRE EL (LA) ESTUDIANTE

Apellidos:						Nombres:						
Tipo de Identificación	R.C. <input type="checkbox"/>	T.I. <input type="checkbox"/>	C.C. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	Número :							
Fecha Nacimiento (dd/mm/aa)					Edad:			Género :	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>		
Departamento Expedición:						Municipio :						
Departamento de Nacimiento:						Municipio :						
Dirección Residencia					Telefonos :	Fijo:			Celular			
Barrio/Comunidad:					Municipio :	Palmira	Estrato			Zona	Urbana <input type="checkbox"/>	Rural <input type="checkbox"/>

SISTEMA DE SALUD

EPS la cual está afiliado					Tipo de sangre	A <input type="checkbox"/>	AB <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	O <input type="checkbox"/>	RH.	+	-
---------------------------	--	--	--	--	----------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----	---	---

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA Y PROGRAMAS ESPECIALES

SISBEN	Ficha:			Puntaje:			Municipio			No aplica <input type="checkbox"/>	
Población víctima del conflicto	En desplazamiento <input type="checkbox"/>	Desvinculados de grupos armados <input type="checkbox"/>		Hijos adultos desmovilizados <input type="checkbox"/>		No aplica <input type="checkbox"/>					
Expulsion	Fecha (dd/mm/aa)			Municipio			Departamento				

TERRITORIALIDAD

Resguardo			Etnia			Negritudes			No aplica <input type="checkbox"/>
-----------	--	--	-------	--	--	------------	--	--	------------------------------------

DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES

CAPACIDADES											
Superdotado	<input type="checkbox"/>	Talento Científico	<input type="checkbox"/>	Talento Subjetivo	<input type="checkbox"/>	Talento Tecnológico	<input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>			
DISCAPACIDADES											
Lesión Neuromuscular	<input type="checkbox"/>	Deficiencia Cognitiva	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Down	<input type="checkbox"/>	Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/>	Hipoacusia o Baja Audición			<input type="checkbox"/>
Baja Visión Diagnosticada	<input type="checkbox"/>	Sordera Profunda	<input type="checkbox"/>	Ceguera	<input type="checkbox"/>	Autismo	<input type="checkbox"/>	Múltiple	<input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombres y Apellidos Padre								Cedula:			
Dirección Residencia				Barrio				Ciudad			
Correo Electronico				Fijo:				Celular			
Nombres y Apellidos Madre								Cedula:			
Dirección Residencia				Barrio				Ciudad			
Correo Electronico				Fijo:				Celular			
Clasificación:	Completo <input type="checkbox"/>	Nuclear Incompleto <input type="checkbox"/>	Compuesto <input type="checkbox"/>	Recompuesto <input type="checkbox"/>	Extensa Completa <input type="checkbox"/>	Extensa Incompleta <input type="checkbox"/>					

RESPONSABLES DE LA INSCRIPCION

Nombres y Apellidos del Acudiente								Cedula:			
Dirección Residencia				Barrio				Ciudad			
Correo Electronico				Fijo:				Celular			
Parentesco	Madre <input type="checkbox"/>	Padre <input type="checkbox"/>	Abuel@ <input type="checkbox"/>	Herman@ <input type="checkbox"/>	Ti@ <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>					
Fecha recibido Establecimiento Educativo					Nombre de funcionario						

OBSERVACIONES

EN CASO DE QUE TENGA HERMANO(A)(S) EN LA INSTITUCIÓN, POR FAVOR INDICAR EL NOMBRE, GRADO Y JORNADA, ESCRIBA AQUÍ:

FIRMA PADRE-MADRE Y/O ACUDIENTE

FIRMA DEL RECTOR

Fecha: Año:

Mes:

Secretaria De Educación Municipal
Carrera 32 N° 46-10 Esquina Código Postal 763531
www.scpalmira.gov.co
PBX. 2718245 Ext. 121

