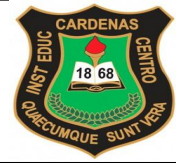




SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE PALMIRA

FORMATO INSCRIPCIÓN DE ALUMNOS NUEVOS

PERIODO LECTIVO 2025



INSTITUCION EDUCATIVA CÁRDENAS CENTRO

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	Grado Aspirar

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 :		
Departamento Expedición:			Edad:	Género :	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	
Fecha Nacimiento (dd/mm/aa)			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. + <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
---------------------------	--	--	----------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------------------	----------------------------

SITUACION SOCIOECONOMICA 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 <input type="checkbox"/>	Etnia	Negritudes <input type="checkbox"/>	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"/>

INFORMACION FAMILIAR

Nombres y Apellidos Padre				Cedula:		
Dirección Residencia		Barrio		Ciudad		
Correo Electronico		Fijo:		Celular		
Profesion:	Cargo:					
Nombre de la Empresa:				telefono		
Nombres y Apellidos Madre				Cedula:		
Dirección Residencia		Barrio		Ciudad		
Correo Electronico		Fijo:		Celular		
Profesion:	Cargo:					
Nombre de la Empresa:				telefono		
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		
Profesion:	Cargo:					
Nombre de la Empresa:				telefono		
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				

TIENE HERMANOS EN LA INSTITUCION IE CARDENAS CENTRO

SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En que grado y grupo se encuentra el hermano (a).	
Nombre del hermano que estudia en la institución			

OBSERVACIONES

Firma del Acudiente

