



SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE PALMIRA

FORMATO INSCRIPCIÓN DE ALUMNOS NUEVOS

PERIODO LECTIVO 2020



INSTITUCIÓN EDUCATIVA CÁRDENAS CENTRO



Solicitud N°

INFORMACIÓN ACADÉMICA ÚLTIMO AÑO CURSADO

Proviene sector	Oficial	Privado	Plantel de Procedencia				
Estudio el año anterior	SI	NO	Aprobó	Reprobó	Desertó	Último Grado	Grado Aspira

INFORMACIÓN SOBRE EL (LA) ESTUDIANTE

Apellidos:					Nombres:			
Tipo de Identificación	R.C.	T.I.	C.C.	C.E.	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 Rural

SISTEMA DE SALUD

EPS la cual está afiliado					Tipo de sangre	A	AB	B	O	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"/>	
Expulsión	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 INSCRIPCIÓN

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.sempalmira.gov.co
PBX. 2718245 Ext. 121

