



SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE PALMIRA

FORMATO INSCRIPCIÓN DE ALUMNOS NUEVOS

PERIODO LECTIVO 2022



INSTITUCION EDUCATIVA CARDENAS 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 <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 :		
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"/>	+	-
---------------------------	--	----------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------------	----------------------------	------------------------------	---	---

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 <input type="checkbox"/>	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"/>	Multiple <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

Firma del Rector

