SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE PALMIRA

FORMATO INSCRIPCIÓN DE ALUMNOS NUEVOS **PERIODO LECTIVO 2027**

INSTITUCION EDUCATIVA CÁRDENAS CENTRO

INFORMACION ACADÉMICA ULTIMO AÑO CURSADO

Proviene sector	**Oficial**		**Privado**		**Plantel de Procedencia**						
¿Estudio el año anterior?	**SI**		**NO**		Aprobó		Reprobó		Desertó	**Ultimo Grado**		**Grado Aspira**	

INFORMACION SOBRE EL (LA) ESTUDIANTE

Apellidos:				**Nombres:**					
Tipo de Identificación	**R.C.**	**T.I.**	**C.C.**	**C.E.**	**Número :**				
Departamento Expedición:					**Edad:**		**Género :**	**Masculino**	**Femenino**
Fecha Nacimiento (dd/mm/aa)					**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.**	**+**	**-**

SITUACION SOCIOECONOMICA Y PROGRAMAS ESPECIALES

SISBEN	**Ficha:**		**Puntaje:**		**Municipio**		**No aplica**
Población víctima del conflicto	En desplazamiento		Desvinculados de grupos armados		Hijos adultos desmovilizados		**No aplica**
Expulsion	Fecha (dd/mm/aa)		***Municipio***		***Departamento***		

TERRITORIALIDAD

Resguardo		**Etnia**		**Negritudes**		**No aplica**

DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES

CAPACIDADES

Superdotado	Talento Científico	Talento Subjetivo	Talento Tecnológico	**No aplica**

DISCAPACIDADES

Lesión Neuromuscular	Deficiencia Cognitiva	Síndrome de Down	Parálisis Cerebral	Hipoacusia o Baja Audición		
Baja Visión Diagnosticada	Sordera Profunda	Ceguera	Autismo	Multiple	**No aplica**	**Otro**

INFORMACIÓN 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**	**Nuclear Incompleto**	**Compuesto**	**Recompuesto**	**Extensa Completa**	**Extensa Incompleta**

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**	**Padre**	**Abuel@**	**Herman@**	**Ti@**	**Otro**	
Fecha recibido Establecimiento Educativo		Nombre de funcionario					

TIENE HERMANOS EN LA INSTITUCION IE CARDENAS CENTRO

SI		NO		En que grado y grupo se encuentra el hermano (a).	
Nombre del hermano que estudia en la institución					

OBSERVACIONES

Firma del Acudiente