



SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE PUTUMAYO
"Construyendo región con educación"

FORMATO DE INSCRIPCIÓN

Página 1 de 1

Código: C03.03.F01
Versión: 1.0

Macro proceso: C Gestión de la Cobertura Educativa

Fecha: No. De inscripción: Grado al que se inscribe: Municipio: _____ E. Educativo _____

DATOS DEL ESTUDIANTE

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: DÍA _____ MES _____ AÑO _____ Genero: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> EDAD: _____ años Tipo de Documento: RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> NES <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Cer. Cab. <input type="checkbox"/> No. Documento _____ EXPEDIDA EN _____ CON QUIEN VIVE? Papá y Mamá <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Número de hermanos: _____ PROVIENE DE OTRA INSTITUCIÓN EDUCATIVA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿CUAL? _____ INSTITUCIÓN: PÚBLICA <input type="checkbox"/> PRIVADA <input type="checkbox"/> REPITENTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TIENE HERMANOS ESTUDIANDO EN ESTE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NOMBRES _____ GRADO _____ _____ GRADO _____		NOMBRE DE LA EPS A LA CUAL ESTÁ AFILIADO _____ DISCAPACIDADES: AUDITIVA ___ VISUAL ___ MOTORA ___ COGNITIVA ___ AUTISMO ___ MÚLTIPLE ___ OTRO ___ CUAL _____ TIPO DE SANGRE: _____ (Si presenta alguna discapacidad favor presentar certificado médico) PERTENECE A UNA ETNIA? SI ___ NO ___ ¿CUAL? _____ LENGUA MATERNA: _____ A QUE RESGUARDO PERTENECE? _____ VICTIMA DEL CONFLICTO? SI ___ NO ___ FECHA DE EXPULSIÓN _____ AFILIADO A LA RED? SI ___ NO ___ DPTO EXPULSIÓN _____ MUNICIPIO DE EXPULSIÓN _____ NIVEL SISBEN ___ ESTRATO ___ ¿PERTENECE A FAMILIAS EN ACCIÓN? SI ___ NO ___ ¿HIJO VETERANO FUERZA PÚBLICA? SI ___ NO ___ ¿BENEFICIARIOS HÉROES DE LA NACIÓN? SI ___ NO ___ ¿HIJO DE MADRE CABEZA DE FAMILIA? SI ___ NO ___
---	--	--

DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL PADRE O ACUDIENTE: _____ C.C. No: _____ Correo electrónico _____
 NOMBRE DE LA MADRE O ACUDIENTE: _____ C.C. No: _____ Correo electrónico _____
 DIRECCIÓN RESIDENCIA: _____ BARRIO: _____ VEREDA _____ ZONA URBANA _____ RURAL _____
 TELÉFONO CASA _____ TELÉFONO CELULAR PADRE: _____ TELÉFONO CELULAR MADRE _____ TELÉFONO TRABAJO _____
(SOLO EN CASO DE NO VIVIR CON SUS PADRES)
 ACUDIENTE: _____ PARENTESCO _____ C.C. No: _____ Correo Electrónico _____ No. De Celular: _____

REQUISITOS: Fotocopia legible del documento de identidad – Fotocopia del carnet de salud – Fotocopia del carnet de vacunas hasta los nueve (9) años – Una fotografía 3x4.

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA O ACUDIENTE

Se tendrá en cuenta los formularios que tengan la información y documentación completa