

Fecha: Día / Mes / Año	No
Grado a Cursar:	
Metodología:	
País de Origen	

REGISTRO DE INSCRIPCIÓN PARA ESTUDIANTES NUEVOS

DATOS DE IDENTIFICACION

T. Documento: C.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> TMF <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/>	No. :	Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Departamento Expedición	Municipio de Expedición:	
Fecha de Nac.: Día / Mes / Año	Departamento:	Municipio:

NOMBRES Y APELLIDOS - DIRECCION

Apellidos:	Nombres:	Municipio
Dirección:	Barrio:	
Zona: Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Teléfono:	Celular: Email:

OTRA INFORMACION – SISTEMA SALUD

Proviene del sector privado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Proviene Otro Municipio: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Estudió el año pasado?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre de la institución que proviene:		
E.P.S.:	I.P.S.:	Tipo de Sangre: R.H

POBLACION VICTIMA DEL CONFLICTO

Abandono o despojo de Tierra <input type="checkbox"/>	Acto Terrorista – Atentado <input type="checkbox"/>	Amenaza <input type="checkbox"/>	Confinamiento <input type="checkbox"/>
Delitos contra la Lib e Int Sexual <input type="checkbox"/>	Desaparición Forzada <input type="checkbox"/>	Desplazamiento Forzado <input type="checkbox"/>	Desvinculado de Grupos Armados <input type="checkbox"/>
En situación de Desplazamiento <input type="checkbox"/>	Hijo de Adulto desmov <input type="checkbox"/>	Homicidio <input type="checkbox"/>	Lesiones Personales Físicas <input type="checkbox"/>
Lesiones Personales Psicológicas <input type="checkbox"/>	Minas Anti personales <input type="checkbox"/>	Pérdida de Bienes..... <input type="checkbox"/>	Secuestro <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>
Departamento Expulsión:	Municipio:	Fecha: Día / Mes / Año	

SITUACIÓN SOCIECONOMICA - TERRITORIALIDAD

No de Carnet de Sisben:	Puntaje Sisben:	Estrato:
Alumno Madre Cabeza de Familia: <input type="checkbox"/>	Ben. Hijos dependientes de Madre Cabeza de Familia: <input type="checkbox"/>	Beneficiario Veterano De la Fuerza Pública: <input type="checkbox"/>
Etnia: Afrodescendiente <input type="checkbox"/> Negritudes <input type="checkbox"/> Palenquero <input type="checkbox"/> Zenú <input type="checkbox"/> Wayuu <input type="checkbox"/> Otra:		Beneficiario Héroe De la Nación: <input type="checkbox"/>
Resguardo:		

LIMITACIONES

Visual Baja Visión: <input type="checkbox"/>	Visual Ceguera: <input type="checkbox"/>	Trastorno del Espectro Autista: <input type="checkbox"/>	Intelectual: <input type="checkbox"/>
Múltiple: <input type="checkbox"/>	Auditiva U. Leng de Señas: <input type="checkbox"/>	Auditiva U. Castellano: <input type="checkbox"/>	Sordo Ceguera: <input type="checkbox"/>
Física: <input type="checkbox"/>	Movilidad: <input type="checkbox"/>	Sistémica: <input type="checkbox"/>	Mental Psicosocial: <input type="checkbox"/>
Trastorno Permanente de Voz y Habla: <input type="checkbox"/>	No Aplica: <input type="checkbox"/>		
Apoyo Académico Especial: <input type="checkbox"/>	Sistema de Responsabilidad Penal Adolescentes: <input type="checkbox"/>		

CAPACIDADES EXCEPCIONALES

Capacidades Excepcionales: <input type="checkbox"/>	Talento en Ciencias Naturales: <input type="checkbox"/>	Talento en Artes o Letras: <input type="checkbox"/>
Talento en Act. Física – Deporte: <input type="checkbox"/>	Doble Excepcionalidad: <input type="checkbox"/>	Talento en Ciencias Sociales: <input type="checkbox"/>

INFORMACION DEL ACUDIENTE

Apellidos:	Nombres:	País de Origen:
Misma dirección del menor: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dirección:	Barrio
Zona: Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Teléfono	Celular Email:
Tipo de documento: C.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> TMF <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/>	No	Genero M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Departamento Expedición	Municipio de Expedición	
Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año	Departamento	Municipio

FIRMAS

MARIO LOMBANA MORENO RECTOR	RAISA CASTRO CARDALES Nombre de quien Digita en SIMAT
Firma del acudiente quien diligencia	Firma del estudiante



RESGUARDO DE INSCRIPCIÓN

Fecha: Día / Mes / Año	No
Grado a Cursar:	
Metodología:	
País de Origen	

REGISTRO DE INSCRIPCIÓN PARA ESTUDIANTES NUEVOS

DATOS DE IDENTIFICACION

T. Documento: C.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> TMF <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/>	No.	Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Departamento Expedición:	Municipio de Expedición:	
Fecha de Nac.: Día / Mes / Año	Departamento:	Municipio:

NOMBRES Y APELLIDOS - DIRECCION

Apellidos	Nombres:	Municipio
Dirección	Barrio	
Zona Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Teléfono	Celular Email: