

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE SAN JUAN GIRON

Versión 1.0

FORMATO INSCRIPCIÓN DE ALUMNOS NUEVOS

| | | | | | |
|---|--------------------------------|--|------------------------------|--|--|
| 1. Número Único | | 2. Fecha de Diligenciamiento (día/mes/año) | | 5.1 Nombre Municipio/Divipola | |
| 3. Secretaría | | 4.1 Departamento | | 5.2. Código | |
| | | 4.2.Código | | 10. Año al que aspira | |
| 6. Establecimiento Educativo | 7.DANE | 8.Nombre | 9. Modelo Educativo | 12.Grado | |
| 11. Proviene de otro Municipio? | Si No | 12. Proviene del Sector Privado? | Si No | 13. Entidad de Bienestar Familiar o Social | |
| 14. ¿Situación Académica anterior? | 0.No Estudio Vigencia Anterior | 1. Aprobado | 2. Reprobado | | |
| INFORMACION DEL ESTUDIANTE | | | | | |
| DATOS DE IDENTIFICACION | | | | | |
| 15.Nacimiento | 16.Lugar de Nacimiento | 17.Dirección | 18.Tipo de Identificación | 19.Expedido | 20.Número |
| 21.Registro Civil | 22.Tarjeta de Identidad | 23.Cédula de Ciudadanía | 24.Otro | 25.Cuál? | |
| 26. Género | Masculino | Femenino | | | |
| 27.Primer Apellido | | 28.Segundo Apellido | | | |
| 29.Primer Nombre | | 30.Segundo Nombre | | | |
| 31.Fecha de Nacimiento | Día | Mes | Año | 32.Barrío/Vereda | |
| 33.Dirección de Residencia | | | | 34.Departamento | |
| 35.Municipio | | | | 36.Teléfono | |
| SITUACION SOCIOECONOMICA | | DESPLAZAMIENTO | | AFILIACION AL SISTEMA DE SALUD | |
| 37. Estrato Socioeconómico | 1 2 3 4 5 6 | 38.Sisben | S / N | 42.Desplazado | |
| 39.Nivel de Sisben | 1 2 3 4 5 6 | 40.# Carné | | 43.Desvinculados de grupos armados | |
| 41. Fecha de Expulsión (dd/mes/año) (si es desplazado) | | | | 44. Hijos de adultos desmovilizados | |
| | | | | 45. No aplica | |
| | | | | 46. Afiliación al Sistema de salud | 48. Tipo de Sangre y RH |
| | | | | EPS <input type="checkbox"/> | |
| | | | | IPS <input type="checkbox"/> | |
| | | | | ARS <input type="checkbox"/> | |
| | | | | No aplica <input type="checkbox"/> | |
| | | | | 47. Cuál? | |
| TERRITORIALIDAD | | 51.CAPACIDADES EXCEPCIONALES | | 52.DISCAPACIDADES | |
| 49. Inicia | 50.Resguardo | Superdotado | | Sordera Profunda | Ceguera |
| | | Con talento científico | | Múltiple | Parálisis Cerebral |
| | | Con talento tecnológico | | Síndrome de Down | Lesión Neuromuscular |
| | | Con talento subjetivo | | Hipoacusia o baja audición | Autismo |
| | | No aplica | | Baja visión diagnosticada | Deficiencia Cognitiva (retardo mental) |
| | | | | Otro | Cuál? |
| INFORMACION DE LOS PADRES DE FAMILIA O ACUDIENTE | | | | | |
| 53.Tipo Identificación | 54.Número | 55.Género | 56.Nombre y Apellidos Padre | 57.Acudiente | |
| 58.Tipo Identificación | 51.Número | 59.Género | 60.Nombres y Apellidos Madre | | |
| 61.Dirección | 62.Teléfono Residencia | 63.Teléfono Trabajo | 64.Parentesco del acudiente | | |
| 65.Fecha de recibido Secretaría de Educación (dd/mes/año) | | 66.Nombre de funcionario | | | |
| 67.Fecha de recibido Establecimiento Educativo (dd/mes/año) | | 68.Nombre de funcionario | | | |