



Institución Educativa "José Eusebio Caro"

Popayán – Cauca

Nit: 800.046.335-2 - Código Dane: 1190010000

Aprobada por decreto No. 139 de Agosto 6/03

Calle 5 No. 36-00 / Chuni

Fotografía

MATRICULA

F-AD02

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombres y Apellidos del Estudiante: _____

Sede de matrícula: _____ Grado de matrícula: _____ Jornada: _____

Institución Educativa de Procedencia: _____ Pública Privada Repitente: Si No

Fecha y Lugar de nacimiento

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____ Lugar: Pais _____ Departamento _____ Municipio _____

Documento de identidad

Tipo de Documento: Registro Civil Tarjeta de Identidad Cedula de Ciudadanía Genero: Masculino Femenino

No. _____ Departamento de Expedición: _____ Municipio de Expedición: _____

Residencia y teléfono

Departamento: _____ Municipio: _____ Dirección: _____ Barrio: _____

Zona: Urbana Rural Telefono fijo: _____ Telefono movil: _____ E-mail: _____

Afiliación al sistema de salud

EPS afiliado: _____ IPS Asignada: _____ ARS Afiliado: _____ Tipo de Sangre y RH: _____

Desplazamiento

Población víctima del conflicto: Desvinculado de grupos armados Hijo de adultos desmovilizados Víctima de minas

En situación de desplazamiento Departamento Expulsor: _____ Municipio Expulsor: _____ Fecha Expulsión: _____

Situación socioeconómica

Tiene SISBEN III: Si No Nro. SISBEN III: _____ Nro. Carnet SISBEN: _____ Nivel SISBEN: _____ Estrato: _____

Alumno madre cabeza de familia Beneficiario hijos dependientes de madre cabeza de familia

Beneficiario veterano fuerza pública Beneficiario héroe nación

Territorialidad

Proviene de un resguardo: Si No Cual: _____ Etnia: _____

Discapacidades y capacidades excepcionales

<input type="checkbox"/> Sordera profunda	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Sordoceguera	<input type="checkbox"/> Superdotado
<input type="checkbox"/> Hipoacusia o baja audición	<input type="checkbox"/> Lesión neuromuscular	<input type="checkbox"/> Múltiple	<input type="checkbox"/> Limitación física	<input type="checkbox"/> Con talento científico
<input type="checkbox"/> Baja visión diagnosticada	<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Sordos lengua señas	<input type="checkbox"/> Enanismo	<input type="checkbox"/> Con talento tecnológico
<input type="checkbox"/> Ceguera	<input type="checkbox"/> Deficiencia cognitiva	<input type="checkbox"/> Sordos castellano	<input type="checkbox"/> Otra: _____	<input type="checkbox"/> Con talento subjetivo

Hermanos en la Institución Educativa

Tiene hermanos en la Institución Educativa: Si No

Nombre: _____ Sede: _____ Grado: _____

Nombre: _____ Sede: _____ Grado: _____

Nombre: _____ Sede: _____ Grado: _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES O ACUDIENTE DEL ESTUDIANTE

Nombre de la Madre: _____ No. Cédula : _____ Ocupación: _____

Teléfono Fijo: _____ Teléfono Móvil: _____ E-mail: _____

Nombre del Padre: _____ No. Cédula : _____ Ocupación: _____

Teléfono Fijo: _____ Teléfono Móvil: _____ E-mail: _____

Nombre del Acudiente (si lo hay, diferente a padres): _____ No. Cédula : _____

Parentesco del acudiente con el estudiante : _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono Fijo: _____ Teléfono Móvil: _____ E-mail: _____

ACEPTAMOS EL PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL (PEI) Y CUMPLIR CON EL MANUAL DE CONVIVENCIA Y DEMÁS PLANES, PROGRAMAS, NORMAS Y DISPOSICIONES DE LA INSTITUCION EDUCATIVA.

Firma del padre de familia o acudiente

Firma del estudiante

ESPACIO PARA LA INSTITUCION EDUCATIVA

CONFIRMACION DE REQUISITOS:

- Dos (2) fotocopias del documento de identidad (Registro Civil menores de 6 años; Tarjeta de Identidad, mayores de 6 años y Cédula de Ciudadanía, mayores de 18 años).
- Certificados de estudio (Originales) de los grados anteriores al que va a cursar. Excepto Transición
- Acto de corresponsabilidad

- Certificación de comportamiento escolar. Excepto Transición
- Liberación SIMAT. Excepto Transición
- Fotocopia carnet de salud
- Hemoclasificación (tipo de sangre)
- Fotocopia carnet de vacunas (menores de 12 años)
- Tres (3) fotografías tamaño cédula
- Seguro estudiantil

Grado y grupo asignado: _____

Observaciones: _____

Aprobación	Registro SIMAT	Registro Académico
------------	----------------	--------------------

Coordinador: _____ Fecha: _____	Secretaria Gral. _____ Fecha: _____	Secretaria Acad. _____ Fecha: _____
---------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------