



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE GIRARDOT  
**FORMATO DE INSCRIPCIÓN ESTUDIANTES NUEVOS**

<b>GRADO AL QUE ASPIRA:</b>	<b>Numero de Radicado: (Uso Exclusivo del Funcionario que recibe)</b>
-----------------------------	---

DATOS PRELIMINARES							
FECHA DILIGENCIAMIENTO:	DD	MM	AA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA	MUNICIPIO:	GIRARDOT
INSTITUCIÓN EDUCATIVA A LA CUAL ASPIRA: Opción 1:							
INSTITUCIÓN EDUCATIVA A LA CUAL ASPIRA: Opción 2:							
¿PROVIENE DE OTRO MUNICIPIO?	SI	NO	PROVIENE DEL SECTOR PRIVADO?	SI	NO	¿PROVIENE ENTIDAD DE BIENESTAR FAMILIAR O SOCIAL?	
SITUACIÓN ACADÉMICA DEL AÑO ANTERIOR	No estudió vigencia año anterior			Aprobó	Reprobó	SI ___ NO ___ Cual _____	

DATOS DEL ESTUDIANTE							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE
FECHA NACIMIENTO:	DD	MM	AAAA	PAIS DE ORIGEN:	MUNICIPIO:	DEPARTAMENTO:	¿SI ES EXTRANJERO? CUENTA CON: Permiso Especial de Permanencia SI ___ NO ___ Cédula de Extranjería SI ___ NO ___ pasaporte SI ___ NO ___
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO	Registro Civil ___ Tarjeta de identidad ___ Cedula de Ciudadanía ___ Documento de Extranjería ___ N°			Departamento de expedición		Municipio de expedición	Otro: ¿cuál?
Edad:	Sexo:	M	F	Estrato:	Dirección residencia:		
Barrio/vereda:				Municipio:		Departamento:	
Teléfono fijo				Celular:		Vive con:	
N° de Hermanos:				Lugar que ocupa entre hermanos:			

DATOS SOCIOECONÓMICOS (MARQUE CON UNA X)							VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO (ADJUNTAR SOPORTE)				
ESTRATO SOCIOECONÓMICO:	1	2	3	4	5	6	SISBEN S/N	Hecho Victimizante:	Fecha del Hecho:		
NIVEL SISBÉN	1	2	3	4	5	6	Carnet N°	Desvinculado de grupos armados:	Hijos de adultos desmovilizados		No aplica
TIPO DE VIVIENDA	CASA	APARTAMENTO	CUARTO	OTRO	¿Tiene Acceso a Internet? Si ___ No ___						

AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SALUD								
EPS	IPS	ARS	Cuál?			No aplica	Tipo de sangre y RH	
TERRITORIALIDAD		CAPACIDADES O TALENTOS EXCEPCIONALES			DISCAPACIDAD (ADJUNTAR CERTIFICADO MEDICO RESOLUCIÓN 113 DE ENERO 31 DE 2020)			
Etnia:	Resguardo:	En Tecnología			Física		Visual	
<b>APOYO ACADÉMICO ESPECIAL RESOLUCIÓN 1470 DE 2013 (ADJUNTE CERTIFICADO MÉDICO)</b> Requiere oferta domiciliaria y hospitalaria Si ___ NO ___		En liderazgo social y emprendimiento			Auditiva		Sordoceguera	
		En ciencias naturales o básicas			Intelectual		Psicosocial	
		En artes o letras			Múltiple		No aplica	
		En actividad física, ejercicio y deportes			<b>TRASTORNO ESPECIFICO EN EL APRENDIZAJE ESCOLAR Y EL COMPORTAMIENTO</b>			
		En ciencias sociales o humanas						
		No aplica			Por Déficit de Atención con /sin Hiperactiva		Específico de Aprendizaje Escolar y por Déficit	
			Específico de aprendizaje Escolar		No aplica			

EL ASPIRANTE TIENE HERMANOS ESTUDIANDO EN LA INSTITUCIÓN							
NOMBRE DEL HERMANO (A):						GRADO:	
NOMBRE DEL HERMANO (A):						GRADO:	
DATOS DE LOS PADRES							
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PADRE:		N° Documento	Departamento Expedición	Ciudad y/o municipio expedición:	Fecha de Nacimiento DD MM AA		
Dirección residencia	Barrio residencia:	Teléfono fijo y/o Celular	Nacionalidad	Correo electrónico			
Ocupación	Empresa de trabajo	Teléfono empresa de trabajo	Nivel de escolaridad	Fallecido			
NOMBRES Y APELLIDOS DE LA MADRE:		N° Documento	Departamento Expedición	Ciudad y/o municipio expedición:	Fecha de Nacimiento DD MM AA		
Dirección residencia	Barrio residencia:	Teléfono fijo y/o Celular	Nacionalidad	Correo electrónico			
Ocupación	Empresa de trabajo	Teléfono empresa de trabajo	Nivel de escolaridad	Fallecida			
NOMBRES Y APELLIDOS DEL FAMILIAR O ACUDIENTE		N° Documento	Departamento Expedición	Ciudad y/o municipio expedición:	Fecha de Nacimiento DD MM AA		
Dirección residencia	Barrio residencia:	Teléfono fijo y/o Celular	Parentesco:	Correo electrónico			

SOPORTE DE INSCRIPCIÓN VIGENCIA 2021			
NOMBRES Y APELLIDOS ASPIRANTE:	Fecha de Radicación:	Numero de Radicado:	Firma quien Recibe: