

ABO S	9
Matrícul	as
∖Soacha 20	)25

Fecha de Solicitud: No. de Formulario: (Para diligenciar en la SEM)

A continuación, lo invitamos a diligenciar la información solicitada para radicar su solicitud:

Λ	DATOS	DEI	ECTIIL	NA NITE.

DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
INSTITUCIÓN DONDE ES	TÁ ESTUDIANDO EN EL 20.	24		
GRADO – JORNADA				

## B. NOMBRE DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DONDE REQUIERE EL TRASLADO:

OPCIÓN 1	OPCIÓN 2	OPCIÓN 3

## C. MOTIVACIÓN DEL TRASLADO (MARQUE LA OPCIÓN CON UNA X):

CAMBIO DE DOMICILIO	UNIFICACIÓN DE HERMANOS	

## D. JUSTIFICACIÓN PARA RADICAR LA SOLICITUD DE TRASLADO:

CAMBIO DE DOMICILIO	
(Relacione la nueva dirección)	
Soporte presentado:	
UNIFICACIÓN DE HERMANOS	
(Indique el nombre y número de	
documento del hermano)	
Soporte presentado:	

En Constancia se firma:

DATOS DEL ACUDIENTE	DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA SECRETARIA QUE ATENDIÓ
Firma:	Firma:
Nombre	Nombre
Cédula	
Teléfono	Cargo
Parentesco	

#LaEducaciónEsElPlan

PBX: (601) 730 55 80 Ext. 4003 Dirección: Carrera 7A Nº 15-83, esquina contactenos@alcaldiasoacha.gov.co











