



| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|---|-----|----------------------------------|--------------|-------------------------|------------------|---|---------------------|--------|----|---|--|-------------|--|
|  | | PROCESO: Fomento al Desarrollo Humano y Social FORMATO: Ficha de Inscripción de Beneficiarios Jornada Deportiva Escolar Complementaria | | | | | | | | | |  | | | |
| Con el objetivo de dar cumplimiento a la legislación vigente en materia de protección de datos, en especial la Ley 1581 de 2012 (y demás normas que la modifiquen, adicionen, complementen o desarrollen) y al Decreto 1377 de 2013 y a fin de garantizar y proteger el derecho fundamental del habeas data. ¿Aceptas las políticas de tratamiento de datos? Si ____ No ____ | | | | | | | | | | | | | | FOTO | |
| Este formato se debe diligenciar como requisito para la inscripción al Programa "Jornadas Deportivas Escolares complementarias- JDEC de manera clara, legible sin enmendaduras. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grupo : | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de Ingreso | DIA | MES | AÑO | Departamento | | Municipio | | Vereda/ Corregimiento/ Resguardo | | | | | | | |
| DATOS DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombres y Apellidos | | | | | | | | Genero | F | M | | | | | |
| Tipo de Documento | RC | | TI | | NUIP | | Fecha expedición | | Lugar de expedición | | | | | | |
| Numero de documento | | | | | | Fecha de Nacimiento | | Lugar de Nacimiento | | | | | | | |
| Estatura (Cm) | | Peso (Kg) | | | RH | | Telefono | | | | | | | | |
| Dirección Domicilio | | | | | Rural | | Urbano | | Estrato | | | | | | |
| Grado: | | Descolarizado | | | I.E. | | Codigo DANE | | | | | | | | |
| Afiliación al sistema de salud | | Subsidiado | | | Contributivo | | Otro ¿Cuál? | | EPS | | | | | | |
| Consumo algún medicamento | | Si | No | ¿Cual? | | Correo electrónico | | | | | | | | | |
| CARACTERISTICAS MÉDICAS Y CULTURALES | | | | | | | | | | | | | | | |
| Convulsiones | | Enfermedades Cardiovasculares | | Enfermedades Respiratorias | | Alergias | | Epilepsia | | Otra | | ¿Cuál? | | | |
| ¿El NNA ha sido diagnosticado con alguna discapacidad? | | | | | | Si | No | ¿Cuenta con el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad? | | | SI | NO | | | |
| Físico motor | | Visual | | Auditiva | | Intelectual - Cognitiva | | Múltiple | | ¿Cuál? | | | | | |
| Recomendación médica: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Población Indígena Raizal Afro Rom Palenquero Campesino | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cabildo-Resguardo: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hijo de mujer lidereza/defensora de Derechos Humanos | | Otro | | ¿Cuál? | | | | | | | | | | | |
| Víctima de conflicto armado | | Si | No | Registro Único de Víctimas (RUV) | | Si | No | | | | | | | | |
| DATOS DEL ACUDIENTE DEL NNA | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombres y Apellidos del acudiente | | | | | | | | Edad | | | | | | | |
| N° de documento | | | | | | | | Parentesco | | | | | | | |
| Dirección | | | | | | | | Teléfono | | | | | | | |
| Correo Electrónico | | | | | | | | Ocupación | | | | | | | |
| DATOS EN CASO DE EMERGENCIA | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombres y Apellidos | | | | | | | | Parentesco | | | | | | | |
| Dirección | | | | | | | | Teléfono | | | | | | | |
| DOCUMENTOS ANEXOS | | | | | | | | | | | | | | | |
| Se deben anexar los siguientes documentos: 1. Fotocopia de Registro Civil de Nacimiento o Tarjeta de identidad 2. Fotocopia de certificado de EPS o Fosyga (En estado activo) 3. Fotocopia de cédula del acudiente 4. Anexo de Consentimiento y Asentimiento informado firmado | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> FIRMA DEL PARTICIPANTE FIRMA FORMADOR Nombres y apellidos : </div> <div style="width: 45%;"> FIRMA DEL PADRE Y/O MADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE Nombre: _____ No. C.C: _____ Observaciones: </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | |