

FORMATO DE MATRICULA DE ESTUDIANTES																																					
Marque con una X segun el caso															NUEVO					CONTINUIDAD																	
NUEVO: Aplica para las personas que llega nuevas a la institución Educativa en cuyo caso debe anexar al presente documento la fotocopia del documento de identidad, los certificados del ultimo grado cursado o linea base.																																					
Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada sera utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.										A que grado ingresa		Fecha Matricula			DÍA		MES		AÑO																		
DATOS DE LA INSTITUCIÓN																																					
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO										SEDE										MUNICIPIO																	
Doc. Docente:					Nombre Docente:										N° de Grupo:																						
DATOS DE IDENTIFICACIÓN																																					
Tipo Identificación (marque con X)					Número Documento					Años Cumplidos			Departamento de Expedición					Municipio de Expedición					Género (marque con X)														
CC		RC		TI		CE															Masculino					Femenino											
Primer Apellido					Segundo Apellido					Primer Nombre					Segundo Nombre					Departamento de Nacimiento			Municipio de Nacimiento					Fecha Nacimiento									
																												Dia		Mes		Año					
Dirección de Residencia					Barrio / Comunidad					Zona			Departamento de Residencia					Municipio de Residencia					Teléfono														
										Urbana		Rural																									
INFORMACIÓN ACADÉMICA																																					
Último grado cursado	Año		Plantel donde estudió la última vez					Aprobó	Reprobó	Desertó	Grado al que INGRESA (Marque con X)										Nivel	Preescolar															
																						Básica Primaria															
																						Básica Secundaria															
													0				1				2				3				4								
													5				6				7				8				9								
Subsidiado			Interno			OTRO MODELO					MEDIA			Carácter			Especialidad																				
Si		No		Si		No		Nivel I		Nivel II		Aceleración			10°		11°		Académic		Técnico		Comercial			Agropecuario			Turismo			Normalista					
SISTEMA DE SALUD																																					
EPS a la cual está afiliado										IPS Asignada										Tipo de sangre y RH										ARS Afiliado							
PROGRAMAS ESPECIALES (Unicamente para la Población Víctima del Conflicto)																																					
Desvinculados de grupos armados										Departamento Expulsor					Municipio Expulsor					Fecha de Expulsión					Certificado												
Hijo de adultos desmovilizados																				Dia		Mes		Año		Si		No									
En situacion de desplazamiento																																					
No aplica																																					
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA																																					
Nro. Carnet SISBEN					Nivel SISBEN					Estrato							Fuente Recurso	FNR					Opción														
										123456Otro								Nación					Estudiante madre cabeza de familia														
																		Adicionales					Hijo madre cabeza de familia														
																		Propios					Hijo de veterano de la fuerza pública														
																	SGP					Hijo de Héroe de la Nación															
TERRITORIALIDAD																																					
Resguardo al que pertenece										Negritudes							Etnia										No Aplica										
										SI			NO																								
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES																																					
DISCAPACIDADES															CAPACIDADES EXCEPCIONALES																						
Sordera Profunda										Paralisis Cerebral										Síndrome de Down										Talento Científico							
Hipoacusia-baja audición										Lesión neuromuscular										Múltiple										Talento tecnológico							
Baja visión diagnosticada										Autismo										No Aplica										Talento subjetivo							
Ceguera										Deficiencia cognitiva																				No aplica							
INFORMACIÓN FAMILIAR																																					
Tipo Documento				Número documento					Departamento expedición			Municipio expedición			Apellidos y Nombres																						
CC		RC																														TI		CE			
Dirección					Teléfono residencia					Teléfono trabajo					Parentesco										Acudiente												
															Madre				Padre				Abuelo(a)				Hermano(a)				SI		NO				
															Tio(a)				Hijo(a)				Otro (cual)														
OBSERVACIONES :																																					
FIRMAS																																					
RECTOR					COORDINADOR										ACUDIENTE										ESTUDIANTE					Indice Derecho							