 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI SECRETARÍA DE EDUCACIÓN	SISTEMAS DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS (SISTEDA, SGC y MECI) INSCRIPCIÓN ESTUDIANTE NUEVO	FR-AM-02	
		VERSIÓN	10
		FECHA APROBACIÓN	23/08/2019

Año Lectivo. _____

ESTA FICHA NO GARANTIZA LA ADMISIÓN EN LA INSTITUCIÓN. SE REALIZA PARA EFECTOS DE CUBRIR DISPONIBILIDAD DE CUPOS Y/O REPORTE A LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL POR LO QUE DEBE SER DILIGENCIADA COMPLETA SIN OMITIR NINGUNA PREGUNTA

GRADO A INGRESAR:

Sede de la institución en donde solicita el cupo:

SEDE ISABEL DE CASTILLA GRADO: T° ___ 1° ___ 2° ___ 3° ___ 4° ___ 5° ___
 SEDE HONORIO VILLEGAS GRADO: T° ___ 1° ___ 2° ___ 3° ___ 4° ___ 5° ___
 SEDE JOSÉ MARÍA CARBONELL GRADO: 6° ___ 7° ___ 8° ___ 9° ___ 10° ___ 11° ___


OTRA INSTITUCIÓN PARA EFECTOS DE REPORTE A LA S.E.M:

(Es indispensable que escriba otra opción de institución para realizar el respectivo reporte a la S.E.M)

DATOS DEL ASPIRANTE

(Deben diligenciarse como aparecen en el documento de Identidad)

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____
 Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____
 Fecha de nacimiento (dd/mmm/aaaa) Lugar de Nacimiento _____ Edad: _____
 Registro civil (indicativo serial) # _____ Tarjeta De Identidad # _____
 Expedido en: _____. Viene de otro Municipio: Si No Cual: _____
 Remitido por ICBF Si No Pertenece a una Etnia: Si No Cual: _____
 Dirección de Residencia en Cali: _____ Barrio _____
 Comuna _____ Estrato _____ Teléfono Fijo _____ Celular: _____
 El aspirante se encuentra en situación de Desplazamiento Si No Municipio expulsor _____
 Dpto. _____ Fecha de desplazamiento Día ____ Mes ____ Año ____ Afiliado al sisben Si No
 Nivel de SISBEN 1 2 3 IPS ASIGNADA: _____ Fecha de Afiliación (dd/mmm/aaaa)
 EPS a la que está afiliado _____ Fecha de Afiliación (dd/mmm/aaaa)
 Madre Cabeza de Familia Si No Hijo de madre cabeza de familia Si No
 Necesidades educativas especiales por DISCAPACIDAD: Ninguna: ___ Auditiva: ___ Cognitiva: ___ Visual: ___ Física: ___
 Otra: Cual: _____. Capacidades Excepcionales: Superdotado: ___ Con talento Científico: ___
 Tecnológico: ___ Otro: Cual: _____
 Sistema de responsabilidad penal para adolescentes Si No

 ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI SECRETARÍA DE EDUCACIÓN	SISTEMAS DE GESTIÓN Y CONTROL INTEGRADOS (SISTEDA, SGC y MECI) INSCRIPCIÓN ESTUDIANTE NUEVO	FR-AM-02	
		VERSIÓN	10
		FECHA APROBACIÓN	23/08/2019

DATOS FAMILIARES

Nombre y apellidos completos del padre de familia o Acudiente: _____ C.C. No. _____
 Expedida en: _____. Si el padre de familia no es el acudiente parentesco del acudiente: _____
 Teléfono: _____ Ocupación: _____

DATOS ACADEMICOS

Estudia actualmente: SI NO Institución: _____
 Municipio: _____ Departamento: _____ Código DANE _____
 Motivo del retiro _____ Por qué desea ingresar a esta Institución _____

Observaciones: _____

Firma: acudiente _____

ANEXAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

FOTOCOPIA AMPLIADA DE LA TARJETA DE IDENTIDAD POR AMBOS LADOS
 (Los estudiantes con 14 años cumplidos deben actualizar la T.I. rosada por la nueva azul con código de barras)
 (Los estudiantes solicitantes de cupo a partir de los 7 años presentan tarjeta de identidad, los niños de 5 y 6 años presentan el registro civil legible y vigente)

FOTOCOPIA DEL BOLETÍN DE CALIFICACIONES DEL ÚLTIMO PERIODO ENTREGADO.

Para uso exclusivo de la Institución:

Cupo Asignado SI NO Vo. Bo. Rectoría _____