



Institución Educativa "José Eusebio Caro"

Popayán – Cauca

Nit: 800.046.335-2 - Código Dane: 1190010000

Aprobada por decreto No. 139 de Agosto 6/03

Calle 5 No. 36-00 / Chuni

Fotografía

INSCRIPCIÓN

F-AD01

Fecha de diligenciamiento - -

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombres y Apellidos del Estudiante: _____

Sede de Inscripción: _____ Grado de Inscripción: _____ Jornada: _____

Fecha y Lugar de nacimiento

Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____ Lugar: Pais ____ Departamento ____ Municipio ____

Documento de identidad

Tipo de Documento: Registro Civil Tarjeta de Identidad Cedula de Ciudadanía Género: Masculino Femenino

No. Documento Identidad: _____ Departamento de Expedición: _____ Municipio de Expedición: _____

Residencia y teléfono y correo electrónico

Departamento: _____ Municipio: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Afiliación al sistema de salud

Nombre de la EPS: _____ Tipo de Sangre y RH: _____

Desplazamiento

Desplazado: Si No Departamento Expulsor: _____ Municipio Expulsor: _____ Fecha Expulsión: _____

Situación socioeconómica

Tiene SISBEN: Si No Nivel del SISBEN: Estrato de la vivienda: _____

Territorialidad

Proviene de un resguardo: Si No Nombre del Resguardo: _____ Nombre de la Etnia: _____

Discapacidades y capacidades excepcionales

DISCAPACIDADES	<input type="checkbox"/> Sordera profunda	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Sordocegera	<input type="checkbox"/> Superdotado
	<input type="checkbox"/> Hipoacusia o baja audición	<input type="checkbox"/> Lesión neuromuscular	<input type="checkbox"/> Múltiple	<input type="checkbox"/> Limitación física	<input type="checkbox"/> Con talento científico
	<input type="checkbox"/> Baja visión diagnosticada	<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Sordos lengua señas	<input type="checkbox"/> Enanismo	<input type="checkbox"/> Con talento tecnológico
	<input type="checkbox"/> Ceguera	<input type="checkbox"/> Deficiencia cognitiva	<input type="checkbox"/> Sordos castellano	<input type="checkbox"/> Otra: _____	<input type="checkbox"/> Con talento subjetivo

CAPACIDADES EXCEPCIONALES

INFORMACIÓN DE LOS PADRES O ACUDIENTE DEL ESTUDIANTE

Nombre de la Madre: _____ Teléfono: _____ E-mail: _____

Nombre del Padre: _____ Teléfono: _____ E-mail: _____

Nombre del acudiente (si lo hay, diferente a los padres): _____ Teléfono: _____ E-mail: _____

Firma del padre de familia o acudiente

Firma del estudiante