

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN ALCALDÍA MUNICIPAL DE CAJICÁ		
	GESTIÓN DESARROLLO SOCIAL		
	FICHA DE INSCRIPCIÓN PROGRAMA DISCAPACIDAD		
	VERSIÓN: 01	FECHA: 24/10/2017	Página 1 de 3

HOJA DE MATRICULA AÑO 2017					
JORNADA		GRADO		GRUPO	

FOTO
3X4

INFORMACION DEL USUARIO							
1er APELLIDO		2do APELLIDO		1er NOMBRE		2do NOMBRE	
TIPO IDENTIFICACION		NIP	NUIP	CEDULA	NUMERO DE IDENTIFICACION		
FECHA DE NACIMIENTO	AÑO	MES	DIA	EDAD	GENERO	M	F
					MUNICIPIO DE NACIMIENTO		DEPARTAMENTO

UBICACIÓN DEL ESTUDIANTE				
DIRECCION RESIDENCIA	BARRIO	ESTRATO	TELEFONO FIJO	TELEFONO MOVIL

LIMITACIONES				
	SINDROME DE DOWN		PARALISIS CEREBRAL	LESION NEURO MUSCULAR
	DISCAPACIDAD COGNITIVA LEVE		BARRERAS DE APRENDIZAJE	MULTI IMPEDIDO
	DISCAPACIDAD COGNITIVA MODERADA		AUTISMO	OTRO

PRESENTA CONVULSIONES	SI	NO	
ANEXA VALORACION	SI	NO	PUNTAJE COEFICIENTE INTELLECTUAL

HISTORIA ACADEMICA			
AÑO	GRADO	INSTITUCION	P: PRIVADO O: OFICIAL

INFORMACION DE PADRES Y ACUDIENTES					
PADRE		N° CEDULA		TELF	
MADRE		N° CEDULA		TELF	
ACUDIENTE		N° CEDULA		TELF	
ACUDIENTE		N° CEDULA		TELF	
Mail de contacto					

INFORMACION DE SALUD					
EPS		SISBEN		GRUPO SANGUINEO	
IPS		NIVEL		RH	
ARS		PUNTAJE			

INFORMACION ADICIONAL		
MEDICAMENTO QUE TOMA EL ESTUDIANTE	DOSIS	HORARIO

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN ALCALDÍA MUNICIPAL DE CAJICÁ		
	GESTIÓN DESARROLLO SOCIAL		
	FICHA DE INSCRIPCIÓN PROGRAMA DISCAPACIDAD		
	VERSIÓN: 01	FECHA: 24/10/2017	Página 2 de 3

EL USUARIO ESTA EN CONTROL MEDICO CON	
---------------------------------------	--

RESTRICCIONES ALIMENTICIAS	ALERGIAS

AUTORIZACIONES

AUTORIZO QUE EN CASO DE ACCIDENTE MI HIJO SEA REMITIDO INMEDIATAMENTE AL HOSPITAL MAS CERCANO	ACEPTO FIRMA
EN CASO DE QUE EL PADRE, MADRE Y/O ACUDIENTE NO SE COMUNIQUE AUTORIZO A QUE LA UNIDAD SE COMUNIQUE CON : IDENTIFICADO CON C.C. _____ PARA QUE SE HAGA CARGO DE MI HIJO(@) O ACUDIDO ALOS TELEFONOS _____ _____	 FIRMA

OBSERVACIONES

ACEPTAMOS EL MANUAL DE CONVIVENCIA Y NOS COMPROMETEMOS A CUMPLIRLO JUNTO CON LOS DEMAS PLANES, PROGRAMAS, NORMAS Y DISPOSICIONES DE LA INSTITUCION

FIRMA DEL ESTUDIANTE

FIRMA DEL PADRE, MADRE Y/O ACUDIENTE

SECRETARIA UAI- DOCENTE

Cordial saludo: a esta **HOJA DE MATRICULA** que se diligencia en su totalidad en letra clara y tinta negra se debe adjuntar **fotocopia** de los siguientes documentos:
Tarjeta de identidad o cedula de ciudadanía del estudiante
Tarjeta de salud(IPS,EPS,)
SISBEN

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN ALCALDÍA MUNICIPAL DE CAJICÁ		
	GESTIÓN DESARROLLO SOCIAL		
	FICHA DE INSCRIPCIÓN PROGRAMA DISCAPACIDAD		
	VERSIÓN: 01	FECHA: 24/10/2017	Página 3 de 3

DIAGNOSTICO DE DISCAPACIDAD 2 FOTOS 3X4 MARCADAS CON EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE OTRO _____ SOLO SE ACEPTAN DOCUMENTOS CON LA PRESENCIA DEL PADRE O ACUDIENTE

COPIA CONTROLADA