



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

# COLEGIO ATABANZHA

Institución Educativa Distrital

PVD-25

Versión 1

Página 1 de 1

Fecha: 2016-02-05

## HOJA DE MATRÍCULA

JORNADA: \_\_\_\_\_

GRADO: \_\_\_\_\_



### IDENTIFICACIÓN

TIPO IDENTIFICACIÓN: <input type="checkbox"/> NIP <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/> CEDULA			NUMERO IDENTIFICACION:	FECHA MATRICULA	TELEFONO:
1er. APELLIDO:		2do. APELLIDO:		1er. NOMBRE	2do. NOMBRE
FECHA NACIMIENTO	AÑO	MES	DIA	EDAD:	GENERO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
MUNICIPIO DE NACIMIENTO				DEPTO. DE NACIMIENTO	

### Ubicación del Alumno

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	BARRIO:	ESTRATO:
LOCALIDAD:	NIVEL SISBEN:	PUNTAJE SISBEN:
TIENE HERMANOS EN LA INSTITUCION: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		GRADO: _____
NOMBRE DEL HERMANO		

### Historia Académica

Año	Grado	Institución	P: Privado D: Distrital

### Situación Académica

VICTIMA DEL CONFLICTO	<input type="checkbox"/> EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO	<input type="checkbox"/> DESVINCULADOS DE GRUPOS ARMADOS	<input type="checkbox"/> HIJOS DE ADULTOS DESMOVILIZADOS
DEPTO EXPULSOR	MUNICIPIO EXPULSOR:		

### Limitaciones o Capacidades Excepcionales

LIMITACIONES:	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Baja Visión	<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	CAPACIDADES EXCEPCIONALES:	<input type="checkbox"/> Superdotado	<input type="checkbox"/> Científico	<input type="checkbox"/> Tecnológico
	<input type="checkbox"/> Retardo mental leve	<input type="checkbox"/> Ceguera	<input type="checkbox"/> Lesión neuromuscular		<input type="checkbox"/> Artístico, Deportivo y Subjetivo		
	<input type="checkbox"/> Sordera	<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Multi-impedido		PUNTAJE COEFICIENTE INTELECTUAL:		
	Anexa valoración	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					

### Información de los Padres y Acudientes

ACUDIENTE:	No. Cédula:	TELÉFONO:
	Fecha Nacimiento:	
	Fecha Expedición:	
	Lugar Expedición:	

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

MADRE	No. Cédula:	TELÉFONO:
PADRE	No. Cédula:	TELÉFONO:

### Información de Salud

EPS	ARS	GRUPO SANGUÍNEO:	R.H:
-----	-----	------------------	------

Aceptamos el Proyecto Educativo Institucional (PEI) y cumplir con el Manual de Convivencia y demás planes, programas y normas disposiciones de la institución educativa.

ESTUDIANTE

ACUDIENTE

RECTORA

SECRETARIA