|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| foto | **SOLICITUD DE ADMISIONES ESTUDIANTE NUEVO TRANSICIÓN Año académico 2026** | **Fecha de recepción y Número Consecutivo** |  |  |
| FOTO |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECCION** | | **Año en que cursó JARDIN** | | | | **Establecimiento donde curso JARDIN** | | | | | | | | | | | | | | **CÓDIGO DE CONTROL**  **No** | | |
| **PRIMER NOMBRE** | **SEGUNDO NOMBRE** | | | | | | | **PRIMER APELLIDO** | | | | | | **SEGUNDO APELLIDO** | | | | | | | | |
| No. DOCUMENTO | Tipo documento  RC TI | | | | | | | ESTRATO DOMICILIO | | | | | | NIVEL SISBEN | | | | | | | | |
| **DIRECCIÓN COMPLETA** |  | | **BARRIO** | | | | | | | | | **Teléfono residencia** | | | | | | | **Teléfono de un familiar** | | | |
| **FECHA DE NACIMIENTO** | **CIUDAD DONDE NACIÓ** | | | | | | | **EDAD CUMPLIDA** | | | | | | **RH** | | | | | | | **E.P.S.** | |
| No. HERMANOS EN LA INSTITUCIÓN | | | | | | | | CORREO ELECTRONICO RELIGIÓN QUE PROFESA | | | | | | | | | | | | | | |
| Relacione los últimos establecimientos educativos:  **VIENE DE PROGRAMA BUEN COMIENZO: SI \_\_\_ NO\_\_\_\_ AÑO:\_\_\_\_\_ NOMBRE DE LA INSTITUCION \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **INSTITUCIÓN PRIVADA: SI \_\_\_ NO\_\_\_\_ AÑO:\_\_\_\_\_ NOMBRE DE LA INSTITUCION:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NO VIENE DE NINGUNA INSTITUCION EDUCATIVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PERTENECE A ALGUNA ETNIA | DESPLAZADO  SI NO | | | | | | | ES PROTEGIDO POR EL ICBF  SI NO | | | | | | | | | | ESTADO CIVIL DE LOS PADRES | | | | |
| ENFERMEDAD CRÓNICA | Reingresa a la institución este año  SI NO | | | | | | | TIENE NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES DIAGNOSTICADAS POR ESPECIALISTA SI NO  En caso de que la institución detecte alguna necesidad educativa especial los padres están obligados a hacer los diagnósticos pertinentes. | | | | | | | | | | | | | | |
| Describa la necesidad educativa especial: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| A LA INSTITUCIÓN SE DESPLAZA  A PIE EN BUS PARTICULAR OTRO CUAL | | | | | | | | Tiempo que se demora en hacer el desplazamiento | | | | | | | | | Ruta de BUS que utilizaría para venir a la institución # | | | | | |
| **Apellidos del padre** | | | | **Nombre del padre** | | | | | | | | | | | **Cédula** | | | | | | | **Celular** |
| **Teléfono residencia** | **Correo electrónico** | | | | | **Empresa donde labora** | | | | | | | | | **Teléfono empresa** | | | | | | | |
| **Apellidos de la madre** | | | | **Nombre de la madre** | | | | | | | | | | | **Cédula** | | | | | | | **Celular** |  |
| Teléfono residencia | Correo electrónico | | | | | Empresa donde labora | | | | | | | | | Teléfono empresa | | | | | | | |
| Madre cabeza de familia  SI NO | | | | | | Con quien vive el estudiante: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INGRESOS FAMILIARES(  **Seleccione la opción correcta**) | MENOS DE UN SALARIO MINIMO | | | | UN SALAEIO MINIMO | | | | | | DOS SALARIOS MINIMOS TRES O MAS SALARIOS MINIMOS | | | | | | | | | | | |
| **MOTIVO POR EL CUAL DESEA INGRESAR A LA INSTITUCIÓN:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA DEL PADRE  N° DE LA CÉDULA | | | | | | | | | FIRMA DEL ESTUDIANTE  NUIT | | | | | | | | | | | | | |
| **DOCUMENTOS A ANEXAR**  *Fotocopia del registro civil*  *Fotocopia de la hoja de vida o ficha acumulativa*  *Copia de afiliación a eps o sisben*  *Copia de Carnet de vacunación- COPIA cedulas padres* | | | | | | | | | |  | |  | Se les informará oportunamente si ALCANZO CUPO | | | | | | | | | |
| **GUILLERMO LÓPEZ RAMÍREZ Rector** | | | | | | | **Aprobada** | | | **NO Alcanzó** | | | | | | **Firma del Rector** | | | | | | |