

	COLEGIO LICEO LA ENSEÑANZA “AMOR Y CIENCIA”	PGA – FR - 15 Versión 01 2015 – 03 - 10
	FICHA DE MATRICULA	

Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada será utilizada exclusivamente para completar la base de datos de estudiantes matriculados.

FICHA DE MATRICULA No: _____				FECHA: _____		PERIODO LECTIVO: _____	
INFORMACION DEL ALUMNO							
Nombres:				Apellidos:			
Grado al que ingresa:				Género: Masculino ☐ Femenino ☐			
Fecha de nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____				Departamento de nacimiento:			
Municipio de nacimiento:				Tipo de documento de identidad: R.C ☐ T.I ☐ C.C ☐			
Número:		Expedido (a) en:		Dirección:			
Barrio:		Teléfono:		Ciudad:		Corregimiento o vereda:	
El alumno está a cargo de: PADRES ☐ PADRE ☐ MADRE ☐				ACUDIENTE ☐			
Número total de hermanos:				Lugar que ocupa el alumno:			
INFORMACIÓN DE LOS PADRES							
Nombre de la Madre:				C.C.No:		Tel. Fijo:	
Dirección Domicilio:				No Celular:		Email:	
Profesión:		Cargo:		Empresa:			
Nombre de la Padre:				C.C.No:		Tel. Fijo:	
Dirección Domicilio:				No Celular:		Email:	
Profesión:		Cargo:		Empresa:			
INFORMACIÓN DEL (LA) ACUDIENTE							
Nombres:				C.C.No:		Parentesco:	
Profesión:				Cargo:		Empresa:	
Dirección Domicilio:		Teléfono Fijo:		No Celular:			
AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SALUD							
EPS afiliado (a):				IPS asignada:			
ARS afiliado (a):				Grupo sanguíneo:			
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA							
Carné de SISBEN No.:				Ciudad:		Nivel:	
Estrato:		Fuente de recursos:		Alumna madre cabeza de familia ☐		Desplazado (a) ☐	
Beneficiario (a) hijos dependientes de madre cabeza de familia ☐							
INFORMACIÓN ADICIONAL DE MATRÍCULA							
Proviene de sector privado: SI ☐ NO ☐				Proviene de otro municipio: SI ☐ NO ☐ CUAL: _____			
Institución de bienestar familiar:				Situación académica del año anterior:			
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES							
Hipoacusia o baja Visión		Baja visión diagnosticada ☐		Déficit de atención: con hiperactividad ☐		sin hiperactividad ☐	
Problemas de aprendizaje ☐		Deficiencia cognitiva ☐		Síndrome de DOWN ☐		Capacidades excepcionales ☐	

Al firmar el presente documento (Ficha de Matrícula), manifiesto que acepto el PEI, los planes y programas, y el Manual de Convivencia de la Institución Educativa, para la formación y educación de mi hijo (a) y/o acudido (a) y me comprometo a acudir a ella cuando el (la) Rector (a) o alguno (a) de los (las) docentes así lo requieran.

NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES (NEE)			
Motora ☐	Cuál _____	Sensitiva ☐	Cuál _____
Cognitiva ☐	Cuál _____	Capacidades excepcionales	☐
Está recibiendo algún tipo de terapia o tratamiento? SI ☐ NO ☐ Cuál _____			

OBSERVACIONES: _____

FIRMA MADRE DE FAMILIA

FIRMA PADRE DE FAMILIA

FIRMA ACUDIENTE

FIRMA ESTUDIANTE

FIRMA DEL RECTOR (A)

FIRMA DEL SECRETARIO (A)