

	<b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA ISOLDA ECHAVARRÍA</b>	
CÓDIGO GAF-FO-28	FORMULARIO MATRICULA	Fecha agosto 24 de 2022 VERSIÓN: 6

AÑO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

GRADO AL QUE ASPIRA \_\_\_\_\_ REPITENTE: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

DI O RC N° \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ RH \_\_\_\_\_

DIRECCION RESIDENCIA \_\_\_\_\_ ESTRATO N° \_\_\_\_\_

BARRIO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

SISBEN SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NIVEL \_\_\_\_\_ EPS \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE \_\_\_\_\_ C.C N° \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

OCUPACION \_\_\_\_\_ TELEFONO DE LA EMPRESA N° \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE \_\_\_\_\_ C.C N° \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

OCUPACION \_\_\_\_\_ TELEFONO DE LA EMPRESA N° \_\_\_\_\_

VICTIMAS DE CONFLICTO (DESPLAZADOS): SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ MUNICIPIO/CIUDAD \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

CUENTA CON INTERNET EN EL HOGAR: SI \_\_\_ NO \_\_\_ QUE DISPOSITIVO TIENE: CELULAR \_\_\_ COMPUTADOR \_\_\_ TABLET \_\_\_

EL ESTUDIANTE TIENE ALGUN DIAGNOSTICO MEDICO O SICOLOGICO Y/O TRATAMIENTO: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Nº	REQUISITOS	SI	NO	NO APLICA
1	Registro Civil original de nacimiento para menores de 7 años			
2	Fotocopia documento de identidad tanto del alumno como del padre de familia y/o acudiente			
3	Fotocopia carne de vacunas			
4	Fotocopia de los servicios públicos			
5	Fotocopia de la EPS y/o SISBEN			
6	Diagnóstico médico o psicológico y/o tratamiento			
7	Fotocopia del RH para menores de 7 años			
8	Consentimiento informado para fotos y videos institucionales			
9	Compromiso de asistencia obligatoria a los encuentros del proyecto de escuela de familias			
10	Certificado Víctima del conflicto ( desplazados)			
11	Ficha de seguimiento original			
12	Calificaciones en papel membrete desde 5º de los estudiantes para secundaria, y del año anterior aprobado en el caso de básica primaria			

NOTA: En caso de no contar con la documentación completa se destinará un plazo prudente de acuerdo a su situación.

NOTA: Doy fe de que toda la información dada es completa y verídica

NOTA: Autorizo a la Institución educativa I. E. ISOLDA ECHAVARRÍA para tratar mis datos personales con el fin de comunicarme cualquier situación o evento relacionado con mi solicitud; en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 de la República de Colombia.

\_\_\_\_\_  
**Rector**

\_\_\_\_\_  
**Acudiente**