

2. INFORMACIÓN PADRES Y ACUDIENTES (ACUDIENTE: PERSONA DELEGADA POR AUTORIDAD COMPETENTE) LEY No.2025 23 JUL 2020. Artículo 4°.

Obligatoriedad. Desde el inicio del año académico, dentro del formato de matrícula, los padres y madres de familia y cuidadores firmarán compromiso de participar en las escuelas de padres y madres de familia que programe la Institución educativa pública o privada.

Nombres y Apellidos Completos	Padre		Madre		Acudiente
	SI	NO	SI	NO	
Vive con el estudiante					
Tipo - No. de Documento y Lugar de Expedición					
Fecha de nacimiento del de los padres de familia Y/o acudientes	Día _____ Mes _____ Año _____		Día _____ Mes _____ Año _____		Día _____ Mes _____ Año _____
Teléfono fijo					
E-mail					
Celular					
Último nivel y grado de escolaridad aprobado					
Profesión/Cargo					
Empresa donde labora					
Cabeza de hogar					No aplica
Fallecido					No aplica

Rango de Edad (Padre - Madre y/o Acudiente)					
Persona \ Edad	18 - 20 años	21 - 30 años	31 - 40 años	41 - 50 años	De 50 en adelante
Padre					
Madre					
Acudiente					

3. INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ESTUDIANTE

Afrodescendiente SI NO Beneficiario de Veterano de la Fuerza Pública SI NO Beneficiario Héroe de la Nación SI NO

3.1 MEDIOS DE TRANSPORTE QUE UTILIZA PARA LLEGAR A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

Servicio público Moto Particular A pie Metroplus Cual? _____
 Metro Bicicleta Transporte Escolar Otro Tranvía _____

3.2 POBLACIÓN ESPECIAL

Si es desplazado de donde (Anexar certificado) _____ Cual? _____
 Desplazado SI NO ETNIA SI NO Resguardo indígena SI NO Cual? _____
 GITANO (ROOM) SI NO Desvinculado de grupo armado SI NO Desmovilizado SI NO Bajo protección del ICBF SI NO
 No aplica SI NO

Si es desplazado o está bajo protección anexar certificado original y actualizado que lo acredita como tal.

3.3 EL ESTUDIANTE PRESENTA ALGUNA/CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD Y/O CAPACIDADES Y TALENTOSEXCEPCIONALES

Obligatorio diligenciamiento

- Discapacidad Física o Motora. SI NO Cuál? _____ Trastorno de ansiedad SI NO
- Discapacidad Auditiva. SI NO Cuál? _____ Bipolaridad SI NO
- Discapacidad Visual. SI NO Cuál? _____ Otro. Cual? _____
- Discapacidad Sensorial: SI NO Cuál? _____ 8. Autismo SI NO
- Sordo Ceguera. SI NO 9. Discapacidad Sistémica (Enfermedades graves) NO SI
- Discapacidad Intelectual. SI NO 10. No aplica SI
- Discapacidad Mental Psicosocial como: Trastorno de atención. SI NO Impulsividad. SI NO

11. Capacidades y/o talentos excepcionales

Anexar soporte médico del diagnóstico

Enfermedades sufridas _____

Enfermedades actuales _____

Tratamiento, ¿Cuál? _____

Medicamentos, ¿Cuáles? _____

La Institución se acoge a la ley 1581 de 2012 sobre protección de datos, los principios y disposiciones contenidos, serán aplicados a los datos personales registrados en este documento o cualquier otro documento que sea susceptible de manejo institucional.

- Autorizo a la I.E. La Salle de Campoamor, hacer uso de los derechos de imagen de mi representado para los exclusivos efectos de emitir, publicar y promocionar a la comunidad, fotografías, procedimientos análogos a la fotografía, producciones audiovisuales (videos) y publicaciones físicas y digitales en general.
- Así mismo, mediante este documento autorizo a la institución el uso de la imagen de mi representado a los derechos morales de autor, los derechos conexos y demás derechos de propiedad intelectual que tengan que ver con el derecho de imagen.

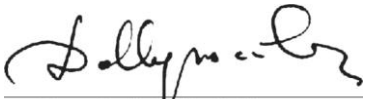
El diligenciamiento de este formato, actualización de datos no garantiza el cupo para el próximo año 2024

Firma del acudiente,

C.C.

“La Institución Educativa
se reserva el derecho de
verificar la información dada”

Firma Rectora _____


Blanca Dolly Bujales Valderrama