



SOLICITUD DE ADMISIONES ESTUDIANTE NUEVO TRANSICIÓN Año académico 2025	Fecha de recepción y Número Consecutivo	

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 <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>	ESTRATO DOMICILIO	NIVEL SISBEN
DIRECCIÓN COMPLETA	BARRIO	Teléfono residencia	Teléfono de un familiar
FECHA DE NACIMIENTO	CIUDAD DONDE NACIÓ	EDAD CUMPLIDA	RH
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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ES PROTEGIDO POR EL ICBF SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL DE LOS PADRES
ENFERMEDAD CRÓNICA	Reingresa a la institución este año SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TIENE NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES DIAGNOSTICADAS POR ESPECIALISTA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso de que la institución detecte alguna necesidad educativa especial los padres están obligados a hacer los diagnósticos pertinentes.	

Describe la necesidad educativa especial:

A LA INSTITUCIÓN SE DESPLAZA A PIE <input type="checkbox"/> EN BUS <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> CUAL <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Con quien vive el estudiante:		
INGRESOS FAMILIARES (Seleccione la opción correcta)	MENOS DE UN SALARIO MINIMO	UN SALARIO 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 <i>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</i>	Se les informará oportunamente si ALCANZO CUPO
---	---

GUILLERMO LÓPEZ RAMÍREZ Rector	Aprobada	NO Alcanzó	Firma del Rector
---------------------------------------	-----------------	-------------------	-------------------------