

**INSTITUCION EDUCATIVA CATALINO GULFO**

NIT: 812004059-8 DANE 32385500041901- Código ICFES: 107037

VALENCIA – CÓRDOBA**FICHA DE MATRICULA AÑO LECTIVO 2023**Fecha de diligenciamiento: DIA _____ MES _____ AÑO _____
Por favor diligencie el formulario completamente. Utilice preferiblemente letras **MAYÚSCULAS**.**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

TIPO IDENTIFICACION (Marque con X)			Número documento	FECHA DE EXPEDICIÓN	Departamento y Municipio de expedición:	Género (Marque con X)	Masculino ()	
RC	TI	CC				Femenino ()		
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres			Fecha Nacimiento	
							Día	Mes
							Año	
Dirección de Residencia			Zona	BARRIO	Celular.	Lugar de Nacimiento		
			Urbana	Rural				

INFORMACION ACADÉMICA

Grado que está cursando	Año	Plantel donde estudió la última vez	Aprobó	Reprobó	GRADOAL QUE ASPIRA INGRESAR (Marque con X)						NIVEL	Preescolar	Básica Primaria	Básica Secundaria y Media.
					0	1	2	3	4	5				

SISTEMA DE SALUD

EPS - A LA CUAL ESTÁ AFILIADO (A)	IPS ASIGNADA	Tipo de sangre	RH
-----------------------------------	--------------	----------------	----

PROGRAMAS ESPECIALES (únicamente para la Población Víctima del Conflicto)

Desvinculados de grupos armados	SI	NO	Departamento expulsor	Municipio expulsor	Fecha Expulsión:			Certificado	
Hijo de adultos desmovilizados	SI	NO			Día	Mes	Año	SI	NO
En situación de desplazamiento	SI	NO							

SITUACION SOCIOECONOMICA

Nro. Carnet SISBEN	Nivel SISBEN	Estrato							F R U E C N U T E S	S C R	X	Opción		
		1	2	3	4	5	6	Otro				Madre cabeza de familia		
												Hijo madre cabeza de familia		
												Hijo de veterano de la fuerza pública		
												Hijo de Héroe de la nación		

TERRITORIALIDAD

Resguardo al que pertenece	Negritudes		Etnia	No aplica
	SI	NO		

DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES EXCEPCIONALES

DISCAPACIDADES				CAPACIDADES EXCEPCIONALES			
Sordera profunda	Parálisis cerebral	Síndrome de down		Talento científico			
Hipoacusia-baja audición	Lesión neuromuscular	Múltiple		Talento tecnológico			
Baja visión diagnosticada	Autismo	Amputación	Agnesia	Talento subjetivo			
Ceguera	Deficiencia cognitiva	No aplica		No aplica			

INFORMACIÓN FAMILIAR DEL PADRE Y LA MADRE

P a d r e	Tipo doc.	Número documento	Departamento y municipio de expedición	Primer Apellido	Segundo apellido
	Celular			Nombres:	
M a d r e	Tipo doc.	Número documento	Departamento y municipio de expedición	Primer Apellido	Segundo apellido
	Celular			Nombres:	

Ocupación del Padre _____ Ocupación de la Madre _____

INFORMACIÓN DEL ACUDIENTE

Tipo	Número documento	Departamento expedición	Municipio de expedición
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Celular	Fecha de Nacimiento	Correo Electrónico	Parentesco
Dirección:			

FAMILIAS EN ACCION () SI/NO VIVE CON : # DE HERMANOS: DESPLAZADO () SI/NO

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA Y/O ACUDIENTE

REQUISITOS: Registro Civil Original o Copia Legible, Registro de crecimiento y desarrollo, Carnet de vacunas, Fotocopia del Carnet de Salud. Si es desplazado la Certificación, fotocopia de la cédula del acudiente, Carpeta Azul colgante con ganchos.