
	<b>ALCALDIA DE FLORENCIA</b> SECRETARIA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL AREA DE CALIDAD EDUCATIVA EQUIPO DOCENTE DE APOYO PEDAGOGICO A POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD <b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR</b> NIT: 900.009.397-4 RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN NO.0609 DEL 02 DE NOVIEMBRE DE 2005 <b>Anexo 1. INFORMACIÓN PARA LA MATRÍCULA</b>	
---	--	---

Fecha y Lugar de Diligenciamiento	DD/MM/AAAA
Nombre de la Persona que diligencia:	Rol que desempeña en la SE o la IE:

### 1) Información general del estudiante

Nombres	Apellidos	
Lugar de nacimiento:	Edad	Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA
Tipo: TI. __ CC __ RC __ otro: ¿cuál?	No de identificación	
Departamento donde vive	Municipio	
Dirección de vivienda	Barrio/vereda:	
Teléfono	Correo electrónico	
¿Está en centro de protección? NO __ SI __ ¿dónde?	Grado al que aspira ingresar:	
Si el estudiante no tiene registro civil debe iniciarse la gestión con la familia y la Registraduría		
¿Se reconoce o pertenece a un grupo étnico? ¿Cuál?		
¿Se reconoce como víctima del conflicto armado? Si __ No __ (Cuenta con el respectivo registro? Si __ No __)		




### 2) Entorno Salud:

Afilación al sistema de salud SI __ No __	EPS		Contributivo	Subsidiado
Lugar donde le atienden en caso de emergencia:				
¿El niño está siendo atendido por el sector salud?	Si	No	Frecuencia:	
Tiene diagnóstico médico:	Si	No	Cuál:	
¿El niño está asistiendo a terapias?	Si	No	¿Cuál?	Frecuencia
			¿Cuál?	Frecuencia
			¿Cuál?	Frecuencia
¿Actualmente recibe tratamiento médico por alguna enfermedad en particular? SI __ NO __	¿Cuál? Ejemplo: para controlar epilepsia, uso de oxígeno, insulina, etc.)			
¿Consumo medicamentos? Si __ No __ Frecuencia y horario (Nombre medicamento y si debe consumirlo en horario de clases)				
¿Cuenta con productos de apoyo para favorecer su movilidad, comunicación e independencia?	NO __ SI __ ¿Cuáles? Ejemplos: Sillas de ruedas, bastones, tableros de comunicación, audifonos etc.			

### 3) Entorno Hogar:

Nombre de la madre		Nombre del padre	
Ocupación de la madre		Ocupación del padre	
Nivel educativo alcanzado	Prim/Bto/Téc/Tecn/univ.	Nivel educativo alcanzado	Prim/Bto/Téc/Tecn/univ.
Nombre Cuidador	Parentesco con el estudiante:	Nivel educativo cuidador	Teléfono Correo electrónico:
No. Hermanos		Lugar que ocupa:	¿Quiénes apoyan la crianza del estudiante?
Personas con quien vive:			

V1. 12/02/2018

  <p>ALCALDIA DE FLORENCIA</p> <p>EDUCACIÓN INCLUSIVA</p> <p>POBLACIONES CON DISCAPACIDAD</p>	<p><b>ALCALDIA DE FLORENCIA</b>          SECRETARIA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL          AREA DE CALIDAD EDUCATIVA          EQUIPO DOCENTE DE APOYO PEDAGOGICO A POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD  <b>INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR</b>          NIT: 900.009.397-4          RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN NO.0609 DEL 02 DE NOVIEMBRE DE 2005  <b>Anexo 1. INFORMACIÓN PARA LA MATRÍCULA</b></p>	
---	---	---

¿Está bajo protección?	Si__ No__	
La familia recibe algún subsidio de alguna entidad o institución: SI__ NO__ ¿Cuál? (Ejemplos: Prosperidad Social, ICBF, Fundaciones, ONG, etc.)		

**4) Entorno Educativo:**

**Información de la Trayectoria Educativa**

¿Ha estado vinculado en otra institución educativa, fundación o modalidad de educación inicial?	NO __ ¿Por qué? SI __ ¿Cuáles?	
Ultimo grado cursado	¿Aprobó? SI__ NO__	Observaciones: (incluir motivos del cambio de la modalidad o de la institución educativa)
¿Se recibe informe pedagógico cualitativo que describa el proceso de desarrollo y aprendizaje del estudiante y/o PIAR? NO __ SI __	¿De qué institución o modalidad proviene el informe?	
¿Está asistiendo en la actualidad a programas complementarios? NO __ SI __	¿Cuáles? (Ejemplo: Deportes, danzas, música, pintura, recreación, otros cursos)	

**5) Información de la institución educativa en la que se matricula:**

Nombre de la Institución educativa a la que se matricula:	Sede:
Medio que usará el estudiante para transportarse a la institución educativa.	Distancia entre la institución educativa o sede y el hogar del estudiante (Tiempo)
Modalidad a la que se sugiere ingresar:	a) General __ b) Bilingüe bicultural __ c) Hospitalaria/domiciliaria __ d) Adultos __
Justificación	Soportes

Firma

Acudiente

Orientación Escolar

Docente de Apoyo PcD

Docente de aula

V1. 12/02/2018