

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN



NIT. 900.285.727-3
Educación Preescolar - Básica Primaria Básica Secundaria y Media
 Resolución No. 2560 de 2015 SEM de Neiva



Altos de Limoncillos Entrada: frente Altos de la Pradera Vereda EL Centro a 5 minutos de Neiva / Vía Vegalarga
 Sede Informativa: Calle 8 Nro. 30-107 B/ Las Brisas PBX: (57) 98 8675154 Cel: 316 894 9250

MATRICULA No. _____ FECHA _____ FOLIO _____

INFORMACIÓN PERSONAL DEL ALUMNO

GRADO A INGRESAR:		FECHA:		FOTOGRAFÍA RECIENTE TAMAÑO CEDULA
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:				
LUGAR DE NACIMIENTO:		FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	
ACTUALMENTE CURSA EL GRADO:		EN:		
ACTUALMENTE VIVE CON:				
DIRECCION:	TELEFONO:	CORREO ELECTRONICO (E-mail)		
OTROS HERMANOS PRESENTAN SOLICITUD?		PARA QUE GRADOS?		
		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

EDUCACION ANTERIOR DEL ALUMNO (A)

GRADO	COLEGIO	DIRECCION	TELEFONO	CIUDAD	AÑO
¿HA REPETIDO CURSOS?			CUAL(ES)?		
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

INFORMACIÓN DEL PADRE

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS:			C.C. No.			FOTOGRAFÍA RECIENTE TAMAÑO CEDULA (PADRE)	
FECHA DE NACIMIENTO:	DIA	MES	AÑO	EDAD:	VIVE?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
NIVEL EDUCATIVO:							
TITULO:			OCUPACION:				
EMPRESA:			CARGO:				
DIRECCION OFICINA:			TELEFONO OFICINA:				
DIRECCION RESIDENCIA:			TELEFONO RESIDENCIA:				

INFORMACIÓN DE LA MADRE

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS:			C.C. No.			FOTOGRAFÍA RECIENTE TAMAÑO CEDULA (MADRE)	
FECHA DE NACIMIENTO:	DIA	MES	AÑO	EDAD:	VIVE?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
NIVEL EDUCATIVO:							
TITULO:			OCUPACION:				
EMPRESA:			CARGO:				
DIRECCION OFICINA:			TELEFONO OFICINA:				
DIRECCION RESIDENCIA:			TELEFONO RESIDENCIA:				

Impreso en Colombia por el Departamento de Planeación Municipal de Neiva

MATRIMONIO

FECHA				CATOLICO <input type="checkbox"/>	CIVIL <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>	CUAL?
¿VIVEN JUNTOS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>					

INFORMACIÓN DE LOS HERMANOS

NOMBRE	EDAD

INFORMACIÓN DEL ACUDIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS				C.C. No	PARENTESCO
FECHA DE NACIMIENTO	D	MES	AÑO	EDAD	OCUPACION
DIRECCION RESIDENCIA				TELEFONO RESIDENCIA	
DIRECCION DE OFICINA				TELEFONO OFICINA	

¿QUIEN LE RECOMENDÓ EL COLEGIO?

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS	
TELEFONO RESIDENCIA	DIRECCION DE OFICINA

FECHA DE ENTREVISTA

FIRMA DEL PADRE, MADRE O ACUDIENTE

NOTA: El diligenciamiento de esta solicitud no genera compromiso de admision

PARA USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

ENTREVISTA SICÓLOGA:	DIA:	MES:	AÑO:	HORA:	
DIAGNOSTICO:			ADMITIDO (A)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES:					
CONCEPTO COMITE DE ADMISIONES:					
FIRMAS:			FECHA:		