



**SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE
PALMIRA**



FORMATO ÚNICO DE MATRICULA 2020

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DOMINGO IRURITA

Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada será utilizada exclusivamente para completar la base de datos de los estudiantes matriculados.

INFORMACIÓN DEL (LA) ESTUDIANTE			
Género: masculino <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento:	
Departamento de nacimiento:		Municipio de nacimiento:	
Tipo de documento: R.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/>		Número	Expedido(a) en:
APELLIDOS Y NOMBRES			
Apellidos:		Nombres:	
RESIDENCIAS			
Dirección:		Barrio:	Teléfono:
Ciudad: PALMIRA		Corregimiento o Vereda:	
AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SALUD			
EPS Afiliado (a):		IPS Asignada:	
ARS afiliado (a)		Grupo sanguíneo:	
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA			
Carné del SISBEN N°:		Ciudad:	Nivel:
Estrato:	Fuente de recursos:	Alumna madre cabeza de familia <input type="checkbox"/> Desplazado (a) <input type="checkbox"/>	
Beneficiario (a) hijos dependientes de madre cabeza de familia <input type="checkbox"/>			
INFORMACIÓN ADICIONAL DE MATRICULA			
Proviene del sector privado:		Proviene de otro municipio:	
Institución de bienestar familiar:		Situación académica del año anterior:	
DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES ECEPCIONALES			
Hipoacusia o baja <input type="checkbox"/>	Baja visión diagnosticada <input type="checkbox"/>	Déficit de atención: con hiperactividad <input type="checkbox"/> sin hiperactividad <input type="checkbox"/>	
Problemas de aprendizaje <input type="checkbox"/>	Deficiencia cognitiva <input type="checkbox"/>	Síndrome de DOWN <input type="checkbox"/>	Capacidades excepcionales <input type="checkbox"/>
INFORMACIÓN DEL (LA) ACUDIENTE			
Nombres:		Apellidos:	
Dirección:		Teléfono(s)	
Parentesco:	Tipo de documento:	Número:	Lugar de expedición
Fecha de nacimiento:		Correo electrónico:	

Al firmar el presente documento, manifiesto que acepto el PEI, los planes y programas y el Manual de convivencia que la Institución Educativa Domingo Irurita tiene para la formación y educación de mi hijo (a) o acudido (a) y me comprometo a acudir a ella cuando el (la) Rector (a) o alguno (a) de los (las) docentes lo requieran.

GRADO	FECHA	PERIODO LECTIVO	FIRMA DEL PADRE, MADRE O ACUDIENTE	FIRMA DEL (LA) ESTUDIANTE
0°	Día ___ Mes ___ Año ___			
1°	Día ___ Mes ___ Año ___			
2°	Día ___ Mes ___ Año ___			
3°	Día ___ Mes ___ Año ___			
4°	Día ___ Mes ___ Año ___			
5°	Día ___ Mes ___ Año ___			
6°	Día ___ Mes ___ Año ___			
7°	Día ___ Mes ___ Año ___			
8°	Día ___ Mes ___ Año ___			
9°	Día ___ Mes ___ Año ___			
10°	Día ___ Mes ___ Año ___			
11°	Día ___ Mes ___ Año ___			



**SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE
PALMIRA**



FORMATO ÚNICO DE MATRICULA 2020

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DOMINGO IRURITA


Por favor no deje espacios en blanco, la información aquí suministrada será utilizada exclusivamente para completar la base de datos de los estudiantes matriculados.

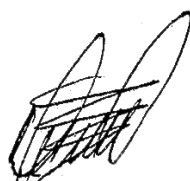
INFORMACIÓN DE LOS PADRES			
Nombre de la madre:		Dirección:	
Ocupación:	Teléfono:	e-mail:	
Nombre del padre:		Dirección:	
Ocupación:	Teléfono:	e-mail:	

NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES (NEE)	
Motora <input type="checkbox"/> Cual	Sensitiva <input type="checkbox"/> Cual
Cognitiva <input type="checkbox"/> Cual	Capacidades excepcionales <input type="checkbox"/>
Esta recibiendo algún tipo de terapia o tratamiento SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cual	

ACTUALIZACIÓN DE DATOS			
IINFORMACIÓN DEL ACUDIENTE			AÑO LECTIVO
Apellido:		Nombre:	
Dirección:		Teléfono:	
c.c. #	Tel:	e-mail:	
ACTUALIZACIÓN DE DATOS			
IINFORMACIÓN DEL ACUDIENTE			AÑO LECTIVO
Apellido:		Nombre:	
Dirección:		Teléfono:	
c.c. #	Tel:	e-mail:	
ACTUALIZACIÓN DE DATOS			
IINFORMACIÓN DEL ACUDIENTE			AÑO LECTIVO
Apellido:		Nombre:	
Dirección:		Teléfono:	
c.c. #	Tel:	e-mail:	
ACTUALIZACIÓN DE DATOS			
IINFORMACIÓN DEL ACUDIENTE			AÑO LECTIVO
Apellido:		Nombre:	
Dirección:		Teléfono:	
c.c. #	Tel:	e-mail:	
ACTUALIZACIÓN DE DATOS			
IINFORMACIÓN DEL ACUDIENTE			AÑO LECTIVO
Apellido:		Nombre:	
Dirección:		Teléfono:	
c.c. #	Tel:	e-mail:	

Observaciones: _____


 Lic. Italo Reyes González
 c.c.# 16.628.030 de Cali (Valle)
 Rector


 Martha Isabel Lopez Bueno
 c.c.# 66.776.398 de Palmira (Valle)
 Secretaria