
	<b>GOBERNACIÓN DEL TOLIMA</b> <b>SECRETARIA DE EDUCACION Y CULTURA</b> <b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>		Código: <b>C03.04.F01</b>	
			Versión: <b>01</b>	
	<b>MACROPROCESO: GESTION DE LA COBERTURA DEL SERVICIO EDUCATIVO</b>		Pagina: <b>1 de 1</b>	
<b>FORMATO C03.04.F01 INSCRIPCIÓN DE ALUMNOS NUEVOS</b>				Vigente desde: <b>09/09/2014</b>

Fecha de Diligenciamiento (día/mes/año)	Municipio	
Establecimiento Educativo	DANE 273026000587	Nombre INSTITUCION EDUATIVA LUIS CARLOS GALAN SARMIENTO
		Año al que aspira 2020___ 2021___ 2022___
		Grado
Proviene de otro Municipio?	Si ___ No ___	Proviene del Sector Privado?
		Si ___ No ___
		Entidad de Bienestar Familiar o Social
Situación Académica anterior?	0. No Estudio Vigencia Anterior	1. Aprobó
		2. Reprobó
		SEDE INSTITUCIONAL :

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

<b>DATOS DE IDENTIFICACIÓN</b>									
Tipo de Identificación		Número			Expedido en				
R.C ___ T.I ___ C.C ___									
					OTRO		Cuál?		
Género	Masculino	Femenino							
Primer Apellido				Segundo Apellido					
Primer Nombre				Segundo Nombre					
Fecha de Nacimiento		Día		Mes		Año	Lugar de Nacimiento (Municipio - Departamento)		
Dirección de Residencia						Barrio/Vereda			
Municipio						Teléfono			

<b>SITUACION SOCIOECONOMICA</b>				<b>DESPLAZAMIENTO</b>				<b>AFILIACION AL SISTEMA DE SALUD</b>					
Estrato Socioeconómico	1	2	3	4	5	6	Sisben	SI	Desvinculados de grupos armados	Afilación al Sistema de salud	EPS IPS ARS	Tipo de Sangre y RH	
Puntaje del Sisben						NO		Hijos de adultos desmovilizados					
Desplazado		SI ___ NO ___		En situacion de desplazamiento				EPS		Cuál?			
Fecha de Expulsión (dd/mes/año) (si es desplazado)						No aplica							

<b>TERRITORIALIDAD</b>				<b>CAPACIDADES EXCEPCIONALES</b>				<b>DISCAPACIDADES (Marque con una X)</b>			
Etnia		Resguardo		1.CAPACIDADES EXCEPCIONALES				1. VISUAL -BAJA VISION		6.AUDITIVA-LENGUA DE SEÑAS COL	
				2.TALENTO CIENÍFICO				2. VISUAL- CEGUERA		7AUDITIVA-CASTELLANO	
				3.TALENTO TECNOLÓGICO				3.TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA		8.SORDOCEGUERA	
<b>DISCAPACIDADES</b>				SI ___ NO ___		4.TALENTO SUBJETIVO/ARTÍSTICO		4.INTELECTUAL		9.FISICA-MOVILIDAD	
						5.Ninguna		5.MULTIPLE		10.SISTEMICA	
								NO APLICA		11. MENTAL -PSICOSOCIAL	

**INFORMACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA O ACUDIENTE**

Tipo Identificac		Número		Nombre y Apellidos Padre					
Dirección				Teléfono Residencia		Teléfono Trabajo		Número de Celular	
Tipo Identificac		Número		Nombres y Apellidos Madre					
Dirección				Teléfono Residencia		Teléfono Trabajo		Número de Celular	
Tipo Identificac		Número		Nombres y Apellidos del Acudiente					
Dirección				Teléfono Residencia		Teléfono Trabajo		Número de Celular	
Fecha de recibido Establecimiento Educativo (dd/mes/año)						Nombre de funcionario			

**UTILIZA TRANSPORTE ESCOLAR**

SI \_\_\_ NO \_\_\_

**RUTA :**

\_\_\_\_\_