

C. COBERTURA EDUCATIVA

DATOS DEL ALUMNO

Nombres y apellidos: _____
 Tipo de documento**: T.I. ___ CCB ___ R.C ___ NUIP ___ PEP ___ TM Número de identificación: _____
 Municipio de expedición: _____ Departamento de expedición: _____
 Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Edad: _____ Años
 Municipio de nacimiento: _____ Departamento de nacimiento: _____
 Dirección de residencia: _____ Barrio: _____
 Ciudad/Municipio: _____ Departamento: _____

DATOS FAMILIARES

Nombre del Padre: _____
 Tipo de documento**: C.C ___ C.C ___ C.E ___ CCB ___ PEP ___ TMF Número de identificación: _____
 Dirección de Residencia: _____ Barrio: _____
 Ciudad/Municipio: _____ Teléfono: _____ Ocupación: _____
 Correo Electrónico: _____
 Nombre de la Madre: _____
 Tipo de documento**: C.C ___ C.C ___ C.E ___ CCB ___ PEP ___ TMF Número de identificación: _____
 Dirección de Residencia: _____ Barrio: _____
 Ciudad/Municipio: _____ Teléfono: _____ Ocupación: _____
 Correo Electrónico: _____

ACUDIENTE

Nombre: _____
 Tipo de documento**: C.C ___ C.C ___ C.E ___ CCB ___ PEP ___ TMF Número de identificación: _____
 Dirección de Residencia: _____ Barrio: _____
 Ciudad/Municipio: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____
 Correo Electrónico: _____

INFORMACION ACADEMICA

Nombre de la institución donde curso el ultimo grado: _____
 Municipio/ciudad y departamento de la institución: _____
 Ultimo grado cursado: _____ En que año curso el ultimo grado cursado: _____
 ¿Cuenta con notas finales? Si ___ No ___ Grado al que ingresa _____

Institución donde requiere realizar la inscripción:

1. _____ Grado _____	Tiene Hermanos en la Institución	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. _____ Grado _____	Tiene Hermanos en la Institución	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. _____ Grado _____	Tiene Hermanos en la Institución	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

INFORMACION COMPLEMENTARIA

¿Pertenece a la población víctima del conflicto armado? Si NO Cuenta con certificado VIVANTO: Si No

¿Tiene alguna discapacidad? Si NO

<input type="checkbox"/> Sordera	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down
<input type="checkbox"/> Hipoacusia o baja audición	<input type="checkbox"/> Lesión neuromuscular	<input type="checkbox"/> Múltiple
<input type="checkbox"/> Baja Visión diagnosticada	<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Sordo Ceguera
<input type="checkbox"/> Ceguera	<input type="checkbox"/> Deficiencia Cognitiva	<input type="checkbox"/> Enanismo
		<input type="checkbox"/> Limitación Física

¿Tiene alguna Capacidad Excepcional? Si NO

Tipo de Capacidad Excepcional:

<input type="checkbox"/> Superdotado	<input type="checkbox"/> Con Talento Científico	<input type="checkbox"/> Con Talento Tecnológico	<input type="checkbox"/> Con Talento Subjetivo
<input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?			

ESPACIO EXCLUSIVO PARA AREA DE ACCESO - COBERTURA EDUCATIVA

Remitido a IEM :	
Nombre y Apellidos del	
Grado a cursar :	
Fecha de radicado:	
Funcionario de la SE que remite:	

En virtud de la Ley Estatutaria 1581 del 2012, mediante la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales, y su Decreto Reglamentario 1377 de 2013, se autoriza a la ALCALDIA MUNICIPAL DE FACATATIVA, considerada como responsable y/o encargada, el tratamiento de datos personales, almacenados en documentos físicos y/o digitales. ¿Autoriza el tratamiento de los datos contenidos en este documento? Si ___ No ___