



Fotografía
 Reciente
 3X4 cm.

FORMULARIO MATRICULA (Antiguos) AÑO 2021

1. INFORMACIÓN BÁSICA DEL ESTUDIANTE

Apellidos y Nombres: _____

Nº Documento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Tipo de Sangre: _____
 RC NUIP TI CC

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento:

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

Dirección de Residencia _____ Comuna _____ Barrio _____ Estrato _____ Teléfono Residencia _____

Grado al que ingresa: _____ EPS: _____ SISBEN Nivel _____

Desplazado: SI NO Lugar de Origen: Municipio: _____ Dep/to: _____

Personas con quien vive: Padre: ___ Madre: ___ Otros, ¿Cuáles?: _____

Enfermedad que padece: _____ Alergias: _____
En el caso de enfermedades crónicas o condiciones especiales, es obligatorio adjuntar fotocopia del diagnóstico, historia clínica, certificado y/o recomendaciones específicas, expedidos por el médico de la EPS a la cual se encuentra afiliado para dar el trato o manejo adecuado.

Estudiante Beneficiario Familias en Acción: SI NO Estudiante beneficiario Fuerza Pública: SI NO

2. ESTUDIOS REALIZADOS AÑO/GRADO ANTERIOR

Institución anterior: _____ Año: _____

Municipio: _____ Situación: Aprobado Reprobado

3. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre del Padre: _____ Ocupación: _____

C.C. Nº _____ Lugar de Expedición: _____ Teléfono: _____

Convive con el estudiante: SI NO Dirección: _____

Nivel de Escolaridad: Primaria Secundaria (6°-9°) Media (10°-11°) Superior

E-mail: _____ Responsable del Pago: SI NO

Nombre de la Madre: _____ Ocupación: _____

C.C. Nº _____ Lugar de Expedición: _____ Teléfono: _____

Convive con el estudiante: SI NO Dirección: _____

Nivel de Escolaridad: Primaria Secundaria (6°-9°) Media (10°-11°) Superior

E-mail: _____ Responsable del Pago: SI NO

Nombre del Acudiente: _____ Ocupación: _____

C.C. Nº _____ de _____ Teléfono Fijo: _____

Tel. Móvil: _____ E-mail: _____

Convive con el estudiante: SI NO Dirección: _____

OBSERVACIONES:

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo expresamente de manera libre, voluntaria y debidamente informada, al LICEO ISABEL SARMIENTO EU, identificado con el NIT 900026809-9, para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, actualizar y disponer de los datos que sean suministrados por mí, con fines de ubicación y localización, ser remitidos a las entidades públicas (título IV, artículo 13 ley 1581 de 2012) que los soliciten con fines estadísticos (MEN, DANE, Secretaría de Educación, ICFES), así como para emitir y enviar información relacionada con el desempeño y la vida escolar del estudiante que represento, los cuales serán sometidos a los fines establecidos anteriormente conforme a la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. Igualmente, autorizo el envío de comunicaciones usando mis siguientes datos de contactos, entre otros: Número de teléfono fijo, móvil, Correo Electrónico, cuentas de mensajería electrónica, Dirección de correspondencia o cualquier otro medio de contacto que permita la tecnología.

FIRMA Y CEDULA DEL ACUDIENTE / TITULAR

Dirección: Calle 46 B N° 20-71 Juan Pablo I – Soacha/Teléfonos: 8214563 – 3155282436/

Email: secretaria@liceoisabelsarmiento.edu.co - ie_isabelsarmiento@hotmail.com

Página web www.liceoisabelsarmiento.edu.co - Fan page https://www.facebook.com/Soy-Isabelista-108746340917999