



1. DATOS DEL MENOR														
Primer Apellido			Segundo Apellido				Nombre							
Grado al que aspira														
Jardín	Transición	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto	Sexto	Séptimo	Octavo	Noveno				
Lugar de nacimiento			Municipio			Departamento			Fecha de nacimiento			Día	Mes	Año
Edad		Años	Meses	NIUP				Expedido en						
Dirección de residencia permanente				Dirección			Barrio			Municipio				
Teléfono de contacto							Nombre del acudiente							
2. NÚCLEO FAMILIAR														
Padre	Primer Apellido		Segundo Apellido				Nombre							
	Edad		Documento de Identidad				Expedido en							
	Profesión/Ocupación		Empresa				Cargo							
	Dirección laboral		Tel. Laboral				Tel. Móvil							
	Correo electrónico						Convive con el menor		Sí		No			
Madre	Primer Apellido		Segundo Apellido				Nombre							
	Edad		Documento de Identidad				Expedido en							
	Profesión/Ocupación		Empresa				Cargo							
	Dirección laboral		Tel. Laboral				Tel. Móvil							
	Correo electrónico						Convive con el menor		Sí		No			
2.1. Quién permanece al cuidado del menor														
Parentesco		Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre								
Tel. Local		Tel. Móvil		Correo electrónico										
Dirección (en caso que sea diferente a la residencial)														
2.2. Tipo de familia														
Padre/Madre soltero		Divorciados		asados		Viudo(a)		Separados		Unión marital de hecho				
En caso de unión marital de hecho, Número de años?				En caso de divorcio o separación:				Nueva unión		Sí		No	No. años?	
Nuevo conviviente	Primer Apellido		Segundo Apellido				Nombre							
	Edad		Documento de Identidad				Expedido en							
	Profesión/Ocupación		Empresa				Cargo							
	Dirección laboral		Tel. Laboral				Tel. Móvil							
	Correo electrónico						Convive con el menor		Sí		No			
Hermanos		Sí		No		Numero de Hermanos		Posición que ocupa (mayor , menor o numero)						
Primer Apellido		Segundo Apellido				Nombre								
Edad		Genero		Tel. Móvil (si aplica)				Convive con el menor		Sí		No		
Primer Apellido		Segundo Apellido				Nombre								
Edad		Genero		Tel. Móvil (si aplica)				Convive con el menor		Sí		No		
Primer Apellido		Segundo Apellido				Nombre								
Edad		Genero		Tel. Móvil (si aplica)				Convive con el menor		Sí		No		
3. ESTUDIOS PREVIOS														
Institución educativa de procedencia								Grado						
Año		Completó:		Sí		No	Bilingüe		Sí		No	Municipio		
Motivo del retiro														
Institución educativa de procedencia								Grado						
Año		Completó:		Sí		No	Bilingüe		Sí		No	Municipio		
Motivo del retiro														
3.1 . El menor se destaca en las siguientes áreas:														
Matemáticas		Lectura-Escritura		Ciencias		Sociales		Deportes						
Artes		Danzas		Idiomas		Tecnología		Otras						



4. SALUD

Nombre de la EPS a la que se encuentra inscrito el menor				IPS	
Condiciones médicas pre-existentes:	Sí	No	Tipo de sangre	Factor RH	
Alergias	Sí	No	Cuáles?		
Ayudas ópticas	Sí	No	Cuáles?		

Ayudas auditivas	Sí	No	Cuáles?		
Toma medicamentos permanentes	Sí	No	Cuáles?		
Enfermedades con hospitalización	Sí	No	Cuáles?		
Tiempo de hospitalización				Evolución	
Cirugías	Sí	No	Cuáles?	Hospitalización	Sí No

4.1. Procesos terapéuticos previos

Fonoaudiología	Sí	No	Tiempo	Motivo	
Terapia Ocupacional	Sí	No	Tiempo	Motivo	
Psicología	Sí	No	Tiempo	Motivo	
Valoraciones neuropsicológicas	Sí	No	Tiempo	Motivo	
Valoración con Nutricionista	Sí	No	Tiempo	Motivo	

5. RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE

Actividades deportivas que practica el menor		
Frecuencia		Lugar
Actividades deportivas que practica el menor		
Frecuencia		Lugar
Pasatiempos		

6. Firmas

Yo, (Nosotros)		
Declaramos que la información anteriormente consignada es veraz, y que puede ser confirmada en cualquier momento, y que es proporcionada para dar curso al proceso de admisión del menor aquí registrado, para el grado o curso seleccionado, del año lectivo _____, calendario B Internacional		
Firma	Firma	Firma
Nombre padre	Nombre padre	Nombre padre

Referido por	No. Celular
--------------	-------------

