**HOJA DE MATRÍCULA 2026 N°\_\_\_\_\_\_\_**

| **APELLIDOS** | | **NOMBRES** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | | | |
| **IDENTIFICACIÓN** | **REGISTRO CIVIL** | |  | | **TARJETA DE IDENTIDAD** | |  |
| **No.** | | | | | | | |
| **GRADO A CURSAR** |  | | | **EDAD** | |  | |

| **NACIMIENTO** | **CIUDAD** | **DEPTO** | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

| **DIRECCIÓN** | **BARRIO** | **LOCALIDAD** | **TELÉFONO** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

| **ESTRATO** | **NIVEL SISBEN** | **PUNTAJE SISBEN** | **E.P.S** | **RH** | **GÉNERO** | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | **M** |  | **F** |  |

**INFORMACION FAMILIAR**

| **NOMBRE DEL PADRE** | | | | | **No. DE CÉDULA** | **TELÉFONO** | **CELULAR** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  |  |  |
| **OCUPACION** | |  | | **CORREO ELECTRÓNICO** | |  | |
| **NOMBRE DE LA MADRE** | | | | | **No. DE CÉDULA** | **TELÉFONO** | **CELULAR** |
|  | | | | |  |  |  |
| **OCUPACION** |  | | **CORREO ELECTRÓNICO** | | |  | |

| **NOMBRE DEL ACUDIENTE (LEGALMENTE ESTABLECIDO)** | | **No. DE CÉDULA** | **DIRECCIÓN** | | **TELÉFONO** | **CELULAR** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  | |  |  |
| **PARENTESCO** |  | **CORREO ELECTRÓNICO** | |  | | |

| **PROCEDENCIA** | | |
| --- | --- | --- |
| **AÑO** | **GRADO** | **INSTITUCIÓN** |
|  |  |  |
|  |  |  |

| **NOMBRE DE LA PERSONA QUE ASUMIRÁ LOS COSTOS EDUCATIVOS PARA EL AÑO 2026** | **No. DE CÉDULA** | **DIRECCIÓN** | **PARENTESCO** | **CELULAR** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

**HERMANOS EN LA INSTITUCIÓN**

**(Favor registrar los nombres de los hermanos NO PRIMOS, SOBRINOS, ETC)**

| **NIP/NUIP/T.I** | **APELLIDOS Y NOMBRES** | **GRADO** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**LEGALIZACION DE MATRICULA 2025**

**Con la firma del presente documento aceptamos el proyecto Educativo (P.E.I) y nos comprometemos a cumplir con las normas establecidas en el Manual de Convivencia y demás planes, programas y disposiciones de la institución.** **Así mismo, SI\_\_\_ NO\_\_\_ autorizo se puedan publicar fotos o videos del estudiante en la página web del colegio y redes sociales institucionales por parte de los directivos docentes.**

**-**

| **FECHA DE MATRICULA** | **DIA** | **MES** | **AÑO** | **JORNADA** |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |

**Firmas;**

| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **PADRE, MADRE O ACUDIENTE LEGAL**  **CC** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **FIRMA ESTUDIANTE**  **NIP/NUIP** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Secretaría** |
| --- | --- | --- |

**NOTA: Descargar EN HOJA TAMAÑO OFICIO, diligenciar, imprimir, firmar, agregar foto a este formato de matrícula, y traerlo el día de la matrícula para su pago y legalización.**

| **OBSERVADOR DEL ESTUDIANTE** | | | | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS PERSONALES** | | | | | | | | | | | | | | |
| APELLIDOS Y NOMBRES | |  | | | | | | | | | | | | |
| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO | | | | |  | | | | | | | | | |
| GRUPO SANGUÍNEO |  | | RH | |  | | T.I. |  | | de | | |  | |
| EPS |  | | | | | | | ESTRATO SOCIOECONOMICO | |  | | | | |
| DIRECCIÓN |  | | | | | BARRIO | |  | | TELÉFONO | | | |  |
| NOMBRE DEL PADRE |  | | | | | | | | C.C. No. |  | | | | |
| OCUPACIÓN |  | | | | | | | | TELÉFONO |  | | | | |
| NOMBRE DE LA MADRE |  | | | | | | | | C.C. No. |  | | | | |
| OCUPACIÓN |  | | | | | | | | TELÉFONO |  | | | | |
| NOMBRE DEL ACUDIENTE |  | | | | | | | | C.C. No. |  | | | | |
| DIRECCIÓN |  | | | | | | | | TELÉFONO |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS MÉDICOS** | | | | | | | | | | | | | | |
| TIENE ALGUNA LIMITACIÓN FÍSICA | | |  | | |  | |  |  | |  | | | |
| PADECE ALGUNA ENFERMEDAD | | | SI |  | | NO | |  | ¿Cuál? | |  | | | |
| NECESITA EL SUMINISTRO DE ALGÚN MEDICAMENTO SI \_\_\_ NO \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |
| ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO SI NO \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |

| **SEGUIMIENTO ACADÉMICO Y DE CONVIVENCIA** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DIAGNÓSTICO INICIAL** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | |  |  |  |  |
| **FIRMA ESTUDIANTE** | |  | **FIRMA DIRECTOR DE GRUPO** |  | **FIRMA DE PADRES** |
| **FECHA** | **OBSERVACIÓN** | | | | **FIRMA** |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |