



Fecha diligenciamiento

DD MM AAAA

Identificación del estudiante

Apellidos				Nombres			
Tipo documento	<input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE	N° documento			Lugar expedición		
Género	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha nacimiento			Municipio		

Lugar de residencia

Zona	<input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	Dirección					
Barrio	Municipio				Estrato	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	
Teléfono	Celular				Correo electrónico		
Con quién vive	<input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Sólo padre <input type="checkbox"/> Sólo madre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Tíos <input type="checkbox"/> Amigos/Vecinos <input type="checkbox"/> Solo						
Teléfono responsable residencia				Celular responsable residencia			

Sistema de salud

Afiliado a EPS	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nombres EPS					
Nombre IPS				Tipo de sangre	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB	RH	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
Tiene SISBEN	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nivel			Puntaje	ARS	

Identificación de padres de familia y acudientes

Madre	Apellidos				Nombres			
	Tipo documento	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE	N° documento			Lugar expedición		
	Dirección			Municipio			Teléfono	
	Celular			Correo electrónico			Acudiente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Padre	Apellidos				Nombres			
	Tipo documento	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE	N° documento			Lugar expedición		
	Dirección			Municipio			Teléfono	
	Celular			Correo electrónico			Acudiente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Acudiente	Apellidos				Nombres			
	Tipo documento	<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE	N° documento			Lugar expedición		
	Dirección			Municipio			Teléfono	
	Celular			Correo electrónico			Parentesco	

Habilidades, enfermedades y limitaciones

Dificultades o discapacidades	<input type="checkbox"/> Cognitivo <input type="checkbox"/> Comunicativo <input type="checkbox"/> Motriz <input type="checkbox"/> Socio afectivo <input type="checkbox"/> Auditivo <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro del autismo						
Capacidades excepcionales	<input type="checkbox"/> Talento científico <input type="checkbox"/> Talento tecnológico <input type="checkbox"/> Talento subjetivo <input type="checkbox"/> Superdotado <input type="checkbox"/> Doble excepcionalidad						

