|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **HOJA DE MATRÍCULA** | | | | | | | | | | | | |  |
| **Institución:** | | **APF NAZARENAS DE LA STMA TRINIDAD COLEGIO HOGAR DE NAZARETH** | | | | | | | | | | |
| **Folio - Matrícula:** | |  | | | | | | | | | | |
| **DANE:** | | 311001091129 | **Jornada:** | | | | UNICA | **Grado:** |  | | | |
| **Estudiante:** | |  | | | | **Estado:** | | | ACTIVO | | | |
| **Información del estudiante** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tipo de identificación** | | | | **Número de Identificación:** | | | | **Fecha de expedición:** | | | | | **Lugar de expedición:** | | |
| **Apellidos:** | | | | | | | | **Nombres:** | | | | | | | |
| **Fecha de nacimiento:** | | | | **Edad:** | | | | | | | **Ciudad de nacimiento:** | | | | |
| **Código:** | | | | **Fecha de matrícula:** | | | | | | | **Fecha de ingreso:** | | | | |
| **Ubicación del estudiante** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dirección:** | | | | | **Ciudad:** | | | | | | | **Barrio de residencia:** | | | |
| **Teléfono fijo:** | | | | | | | **Celular**: | | | | | | | | |
| **Estrato socioeconómico:** | | **Número carné SISBEN (Si aplica):** | | | | | | **Fecha inscripción SISBEN (Si aplica):** | | | | | | | **Puntaje SISBEN:** |
| **Historia académica (ULTIMO GRADO CURSADO)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Año** | **Grado** | | **Institución** | | | | | | | | **Ciudad** | | | | **Carácter de la institución** |
|  |  | |  | | | | | | | |  | | | |  |
| **Información de los padres y acudiente** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Padre o Madre responsable de pago:** | | | | **Cedula:** | | **Ocupación:** | | | | | **Celular:** | | | | **Teléfono:** |
| **Padre o Madre no responsable de pago:** | | | | **Cedula:** | | **Ocupación:** | | | | | **Celular:** | | | | **Teléfono:** |
| **Acudiente:** | | | | **Cedula:** | | | | | | | **Celular:** | | | | |
| **Parentesco:** | | | | **Dirección:** | | | | | | | | | | **Teléfono:** | |
| **Información de salud** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **EPS/ARS:** | | | | **IPS:** | | | | | | | **Grupo sanguíneo:** | | | | |
| **Enfermedades:** | | | | | | | | **Alergias:** | | | | | | | |
| **Medicamentos:** | | | | **Discapacidad:** | | | | | | | | | | | |

**Nota:** Conocemos el manual de convivencia del APF NAZARENAS DE LA STMA TRINIDAD COLEGIO HOGAR DE NAZARETH y aceptamos la reglamentación en su totalidad.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma Padre o Madre Responsable del pago Nombre del estudiante**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hna. Ana Marleny Florez Galvis**

**Rectora**