



**UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR
"FRANCISCA DE LAS LLAGAS"**
"Educar, Amar y Servir"
DEPARTAMENTO DE CONSEJERÍA ESTUDIANTIL
AÑO LECTIVO 2019 - 2020



PARA ESTUDIANTES QUE INICIAN EN LA INSTITUCIÓN

GRADO/CURSO _____ **PARALELO** _____

FOTO

FAVOR LLENAR TODOS LOS ITEMS CON LETRA IMPRENTA CON ESFERO COLOR AZUL

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN/INFORMACIÓN

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ESTUDIANTE:				
CIUDAD Y FECHA DE NACIMIENTO			Edad	Grupo Sanguíneo
GRUPO ÉTNICO: Negro <input type="checkbox"/>	Blanco <input type="checkbox"/>	Mestizo <input type="checkbox"/>	Indígena <input type="checkbox"/>	Afro descendiente <input type="checkbox"/>
DOMICILIO: Calle Principal				
Calle Secundaria:			SECTOR	
CORREO ELECTRÓNICO DEL/LA REPRESENTANTE:				

2. DATOS FAMILIARES

Nombre de la madre	Edad	Instrucción	Profesión/ocupación	Empresa y lugar de trabajo

Teléfonos de contacto _____ Emergencia _____

Teléfonos del trabajo y/o extensión: _____

Dirección del Lugar de Trabajo, Calle principal y secundaria _____

Nombre del padre	Edad	Instrucción	Profesión/ocupación	Empresa y lugar de trabajo

Teléfonos de contacto _____ Emergencia _____

Teléfonos del trabajo y/o extensión: _____

Dirección del Lugar de Trabajo, Calle principal y secundaria _____

***Si el estudiante no se encuentra bajo el cuidado de los padres llene estos datos**

Nombre del Representante Legal/cuidador	Edad	Instrucción	Profesión/ocupación	Empresa y lugar de trabajo

Teléfonos de contacto _____ Emergencia _____

Teléfonos del trabajo y/o extensión: _____

Dirección del Lugar de Trabajo, Calle principal y secundaria _____

3. ESTRUCTURA FAMILIAR

Padres: Casados Unión libre Separados Divorciados Madre soltera
Hogar Reorganizado Fallecido/a: Papá Mamá Fuera del país: Papá Mamá

El/ estudiante vive con: Padre y madre Padre Madre Otros

Si escogió otros, especifique nombre y parentesco _____

4. CONDICIONES DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Tiene algún tipo de discapacidad: Si No

Especificar la discapacidad: _____ Porcentaje _____ N.º Carnet _____

EGRESOS IMPORTANTES	TOTAL (Mensual)
VIVIENDA (Arriendo, luz, agua, teléfono fijo y celular, Internet Cable)	
ALIMENTACIÓN	
EDUCACIÓN (Pensión, recorrido y otros cursos)	
SALUD	
OTROS (VESTUARIO, RECREACIÓN, TRANSPORTE)	
TOTAL	

Nº de Hermanos: _____ Nº de Hermanas _____ Lugar que ocupa entre ellos _____

Hermanos(as) que estudian en la Institución, Nombres: _____

Año de Educación Básica: _____ Paralelo: _____ Año de Bachillerato: _____ Paralelo: _____

Observaciones: _____

NOTA: Los datos consignados en esta ficha, son de absoluta responsabilidad de los padres y/o representante legal del/la estudiante, por lo que en caso de no ser correctos u omitir, el Departamento de Consejería Estudiantil no se responsabiliza de las situaciones que generen riesgos o amenazas del/la estudiante. El Departamento de Consejería Estudiantil por su parte manifiesta que la información suministrada es de absoluta confidencialidad.

Firma del Representante

CI: _____

Nombre: _____