

Fecha y Lugar de Diligenciamiento

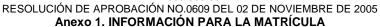


ALCALDIA DE FLORENCIA

SECRETARIA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL AREA DE CALIDAD EDUCATIVA EQUIPO DOCENTE DE APOYO PEDAGOGICO A POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD

INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR

NIT: 900.009.397-4





Nombre de la Persona que diligencia:					Rol que desempeña en la SE o la IE:						
1) Información general del estud	diante			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·							
Nombres		Apellidos									
Lugar de nacimiento:					Edad Fecha de nacimiento DD/I			niento DD/MM/AAAA			
Tipo: Tl CC RC otro: ¿cuál?					No d	l e identificac	ión				
Departamento donde vive					Municipio						
Dirección de vivienda						Barrio/vereda:					
Teléfono						Correo ele					
¿Está en centro de protección? NOSI _ ¿dónde?					1		do al que aspira ingresar:				
		gestión c									
Si el estudiante no tiene registro civil debe iniciarse la gestión con la familia y la Registraduría ¿Se reconoce o pertenece a un grupo étnico? ¿Cuál?											
Coo reconece a pertenece a an grapo etilico: Codai:											
¿Se reconoce como víctima del conflicto armado? Si No (Cuenta con el respectivo registro? Si No)											
Con received come vicinita acressimate arritage; or no Calonia con en copecia e regione; or no)											
2) Entorno Salud:											
											
Afiliación al sistema de salud	SI	No		EPS	3			Contributivo	Subsidiado		
Lugar donde le atienden en caso	de em	ergencia:							•		
0				Fred	Frecuencia:						
sector salud?											
Tiene diagnóstico médico:		Si	No	Cuá	Cuál:						
¿El niño está asistiendo a terapia:	202	Si	No	: Си	412		Frecuencia				
ZEI HIHO esta asistiendo a terapias		Si Si	INO	¿Cuál? ¿Cuál?					Frecuencia		
				¿Cu				Frecuencia			
¿Actualmente recibe tratamiento médico por alguna enfermedad						mnlo: nara	controlar onilonsis				
en particular? SI NO	u ZCu	¿Cuál? Ejemplo: para controlar epilepsia, uso de oxígeno, insulina, etc.)									
¿Consume medicamentos? SiI	No F	recuencia v h	orario (N	ombre me	dicame	nto v si deh	a consumirlo an h	norario de clases)			
¿Consume medicamentos: Sii	1101	recuericia y ir	orano (IV	OTTIDI & THE	uicaiiic	illo y 31 deb	e consumino en n	iorano de ciases)			
: Cuenta con productos de apoyo	nara f	avorecer su m	ovilidad	NO		SI ¿C	tuáles? Fiemplos:	Sillas de ruedas, bast	tones tahleros		
¿Cuenta con productos de apoyo para favorecer su movilidad, comunicación e independencia?					de comunicación, audifonos etc.						
comanicación e macponación.				400	OTTIGITIO	odolott, ddal	101100 010.				
3) Entorno Hogar:											
Nombre de la madre			1	Nombre	مماما	dro					
Ocupación de la madre					ibre del padre						
Nivel educativo alcanzado					cupación del padre ivel educativo alcanzado			Tecn/univ.			
Nombre Cuidador											
Nombre Cuidador	Parentesco con el Niv		ı inivel edi	Nivel educativo cuidador			Teléfono				

Personas con quien vive:

No. Hermanos

estudiante:

Prim/Bto/Téc/Tecn/univ.

Lugar que ocupa:

Correo electrónico:

¿Quiénes apoyan la crianza del estudiante?



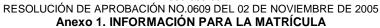


ALCALDIA DE FLORENCIA

SECRETARIA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL AREA DE CALIDAD EDUCATIVA EQUIPO DOCENTE DE APOYO PEDAGOGICO A POBLACIÓN CON

DISCAPACIDAD INSTITUCIÓN EDUCATIVA NORMAL SUPERIOR

NIT: 900.009.397-4





¿Está bajo protección? Si No									
La familia recibe algún subsidio de alguna entidad o institución: SINO¿Cuál? (Ejemplos: Prosperidad Social, ICBF, Fundaciones, ONG, etc.									
4) Entorno Educativo: Información de la Trayectoria Educativa									
¿Ha estado vinculado en otra institución educativa, fundación o modalidad de educación inicial?	•	NO ¿Por qué? SI ¿Cuáles?							
Ultimo grado cursado	¿Aprobó?	SINO	Observaciones: (incluir motivos del cambio de la modalidad o de la institución educativa)						
¿Se recibe informe pedagógico cualitativo que desc proceso de desarrollo y aprendizaje del estudiante PIAR? NO SI		¿De qué institución o modalidad proviene el informe?							
¿Está asistiendo en la actualidad a programas complementarios? NO SI	¿Cuáles?	¿Cuáles? (Ejemplo: Deportes, danzas, música, pintura, recreación, otros cursos)							
5) Información de la institución educativa en la o	que se matricula:								
Nombre de la Institución educativa a la que se matr	icula:	Sede:							
Medio que usará el estudiante para transporta educativa.	arse a la institución	Distancia entre la institución educativa o sede y el hogar del estudiante (Tiempo)							
Modalidad a la que se sugiere ingresar:		a) General b) Bilingüe bicultural c) Hospitalaria/domiciliaria d) Adultos							
Justificación		Soportes							
Firma									
Acudiente Orientación	Escolar	Docente de Apoyo	o PcD	Docente de aula					