IMDERCUT Instituto Municipal de Deporte, Recreación, Cultura & Turismo	**INSTITUTO MUNICIPAL DE DEPORTE, RECREACIÓN, CULTURA Y TURISMO DEL MUNICIPIO DE PUERTO LOPEZ** IMDERCUT NIT 900.261.284-9 **HOJA DE MATRICULA**			Gobierno Sano PUERTO LÓPEZ - META
	CODIGO:	VERSIÓN:	FECHA:	Documento Controlado
	DEP-FOR-002	2	19/06/2020	

FECHA	**DIA**	____	**MES**	____	**AÑO**	2023	**MUNICIPIO**		**Puerto Lòpez - META**
ESCUELA DE INICIACIÒN Y/O FORMACIÒN					**JORNADA:**	**MAÑANA**	_____	**TARDE**	_____

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	**NUIP**		**T.I.**		**C.C**		**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:**	

1er APELLIDO	**2do APELLIDO**	**1er NOMBRE**	**2do NOMBRE**

FECHA DE NACIMIENTO	**DÍA**	**MES**	**AÑO**	**EDAD**	**GÉNERO**	**F**	**M**	**DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO**	**MUNICIPIO DE NACIMIENTO**

INFORMACIÓN DE RESIDENCIA Y CONTACTO

ZONA URBANA	**ZONA RURAL**	**DIRECCIÒN**	**BARRIO**	**TELÉFONO FIJO**	**TELÉFONO CELULAR**	**ESTRATO**	**NIVEL SISBEN**

INFORMACIÒN ACADÈMICA ACADÉMICA

Año	**Grado**	**INSTITUCIÒN EDUCATIVA**	**Privado**	**Público**
2023				

INFORMACIÓN DE SALUD

Condiciones de salud que afecten el normal desarrollo de las pràcticas deportivas y/o culturales del estudiante (Anexar soporte médico):

EPS:		**GRUPO SANGUINEO:**		**RH:**	

Limitaciones o capacidades excepcionales (Anexar soporte médico - especialista)

Limitaciones	**Síndrome de Down**		**Baja visión**		**Parálisis cerebral**		**Capacidades excepcionales**	**Super dotado**		**Tecnológico**	
	Retardo Mental leve		**Ceguera**		**Lesión neuromuscular**			**Científico**		**Artístico subjetivo deportivo**	
	Sordera		**Autismo**		**Multi-impedido**			**PUNTAJE DEL COEFICIENTE**			

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

GRUPO ÉTNICO	**RAIZAL**		**AFROCOLOMBIANO**		**INDÍGENAS**		**ROM**	
	BLANCO		**MESTIZO**		No se reconoce en ninguno de los anteriores			

FACTOR DE VULNERABILIDAD

DEZPLAZADO		**DESMOVILIZADO O REINSERTADO**		**DAMNIFICADO DESASTRE NATURAL**		**HIJO (A) DE MADRE CABEZA DE FAMILIA**		**POBLACIÒN MIGRANTE**	
VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO (NO DESPLAZADO)		**HIJA (O) DESMOVILIZADO O REINSERTADO**		**CABEZA DE FAMILIA**		**EN CONDICIÒN DE DISCAPACIDAD**		**NO APLICA**	

Información de los Padres y/o Acudientes

PADRE		**No. CÉDULA**		**CELULAR**		**FIRMA**	
MADRE		**No. CÉDULA**		**CELULAR**		**FIRMA**	
ACUDIENTE		**No. CÉDULA**		**CELULAR**		**FIRMA**	

CARACTERIZACIÒN DE VIVIENDA

PROPIA		**FAMILIAR**		**ARRIENDO**	

Declaro que he sido informado (a) acerca de la forma en que se llevaràn a cabo los procesos de formaciòn ofertados por el IMDERCUT.

_____

FIRMA PADRE DE FAMILIA O ACUDIENTE
C.C