

INSTITUTO SAN PABLO APÓSTOL

SEDE LIBERTADOR Carrera 24B # 29 A-02 Sur • Tel.: 746 2138

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ESTUDIANTES NUEVOS

Aspirante al grado: Edad:

1. DATOS PERSONALES DEL ESTUDIANTE

Apellidos y Nombres:						FOTO
Fecha de Nacimiento:	DÍA	MES	AÑO	Ciudad:	Factor Rh:	
NUIP: ☐ T.I.: ☐ Número:			Expedida en:			
Sisbén: ☐ Eps: ☐ Nombre:						
Dirección Residencia:			Barrio:	Tel. Fijo:		
Localidad:			Estrato:			
No. Celular:			Correo Electrónico:			
Hermano(a)s que estudian en este colegio:					Grados:	

2. ESTUDIOS REALIZADOS

Año 2026	Colegio:	Curso:
Año 2025	Colegio:	Curso:
Ha perdido y/o repetido algún curso? Si ☐ No ☐ Cuál? ¿Porqué?		

3. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre del Padre:		C.C. No.	Edad:
Celular No.:	Correo Electrónico:		ExAlumno: Si ☐ No ☐
Profesión:	Empresa:	Cargo:	Tel.: Salario \$
Nombre de la Madre:		C.C. No.	Edad:
Celular No.:	Correo Electrónico:		ExAlumno: Si ☐ No ☐
Profesión:	Empresa:	Cargo:	Tel.: Salario \$

DATOS DE UN FAMILIAR PARA COMUNICARNOS EN CASO DE EMERGENCIA SI LOS PADRES NO CONTESTAN

Nombre completo:	Parentesco:	Nº de Celular:
------------------	-------------	----------------

4. INFORMACIÓN ADICIONAL

El(la) aspirante vive con: Papá ☐ Mamá ☐ Padrastro ☐ Madrastra ☐ No. Hermanos ☐ Otros:

Si los padres están separados, ¿Hay alguna restricción u observación para tener en cuenta?:
Por favor anexar un documento soporte (Comisaría de Familia, Juzgado, Fiscalía o ICBF)

¿Tiene familiares en el ISPA? SI ☐ NO ☐ Nombre: Parentesco:

¿Tiene alguna enfermedad?: Si ☐ No ☐Cuál?: Toma algún medicamento?, cuál?:

¿Actualmente se encuentra en algún tratamiento médico o psicológico?: SI ☐ NO ☐ cuál?:

¿Alérgico a algo?:

Ha sido diagnosticado con TDAH?: Si ☐ No ☐ o algún tipo de problema de aprendizaje?:

ACUDIENTE

Es la persona debidamente autorizada, padre o madre o, en su ausencia, el tutor o quien ejerce la patria potestad del estudiante.

Nombres y Apellidos Completos:		CC No.:
Teléfono Fijo:	No celular.:	Correo Electrónico (Obligatorio):
Dirección:	Barrio:	Localidad:

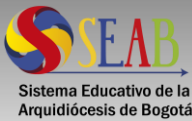
ACUDIENTE RESPONSABLE ECONOMICAMENTE

Nombres y Apellidos Completos:		C.C. N°:
Tel. Fijo:	Celular N°:	Correo Electrónico (obligatorio):
Dirección:	Barrio:	Localidad:

Firma Padre de Familia

Firma Madre de Familia

Firma Estudiante



INSTITUTO SAN PABLO APÓSTOL

SEDE LIBERTADOR Carrera 24B # 29 A-02 Sur • Tel.: 746 2138

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ESTUDIANTES NUEVOS

5. ESPACIO DILIGENCIADO POR INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE PROCEDENCIA
Nombre de la Institución Educativa:
Antigüedad del estudiante en la Institución:
Aspectos a nivel disciplinario en que se destaca el estudiante:
Aspectos a mejorar del estudiante a nivel disciplinario:
Asignaturas que se le facilitan al estudiante:
Asignaturas que el estudiante debe mejorar:
¿Durante la permanencia del estudiante en la Institución fue remitido(a) a orientación escolar? Si: ____ No ____ Motivo de la remisión, familiar ____ Académico ____ Social ____ Emocional ____ otro ____, ¿cuál?
El compromiso, la responsabilidad y acompañamiento de los Padres de familia en el proceso académico y formativo de su hijo es: Alto ____ Sobresaliente ____ Básico ____ Bajo ____
FIRMA RECTOR(A) FIRMA PSICOORIENTADOR ESCOLAR