



UNIDAD EDUCATIVA PRIVADA  
«GRAN COLOMBIA»  
Código PD04770503

FOTO  
ESTUDIANTE

FOTO  
REPRESENTANTE

## FICHA DE INSCRIPCIÓN

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2023

|                                                                                                                                                                                    |     |                                                  |                                                                                                  |                |            |                                                                        |             |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|------------------------------------------------------------------------|-------------|--|
| GRADO/AÑO A CURSAR: ____                                                                                                                                                           |     | Nivel: Preescolar                                |                                                                                                  |                | Primaria   |                                                                        | Media       |  |
| 1. DATOS DEL ESTUDIANTE                                                                                                                                                            |     |                                                  |                                                                                                  |                |            |                                                                        |             |  |
| Apellidos                                                                                                                                                                          |     |                                                  | Nombres                                                                                          |                |            |                                                                        |             |  |
| C.I.                                                                                                                                                                               | (V) | (E)                                              | CÉDULA ESCOLAR                                                                                   |                |            |                                                                        |             |  |
| Sexo:                                                                                                                                                                              |     | Fecha de Nacimiento (DIA/MES/AÑO) ____/____/____ |                                                                                                  |                |            |                                                                        |             |  |
| F                                                                                                                                                                                  |     | M                                                |                                                                                                  | Peso: ____ Kg. |            | Estatura/ metros/centímetros. ____                                     |             |  |
| LUGAR DE NACIMIENTO                                                                                                                                                                |     |                                                  |                                                                                                  |                |            |                                                                        |             |  |
| Ciudad:                                                                                                                                                                            |     |                                                  | Municipio:                                                                                       |                |            |                                                                        |             |  |
| Parroquia:                                                                                                                                                                         |     |                                                  | Estado:                                                                                          |                |            | País:                                                                  |             |  |
| DIRECCIÓN DE HABITACIÓN                                                                                                                                                            |     |                                                  |                                                                                                  |                |            |                                                                        |             |  |
| Ciudad:                                                                                                                                                                            |     |                                                  | Municipio:                                                                                       |                | Parroquia: |                                                                        | Urb/Barrio: |  |
| Edif/Casa:                                                                                                                                                                         |     |                                                  | Piso/No:                                                                                         |                | Apto:      |                                                                        | Av./Calle:  |  |
| TLF: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                       |     |                                                  | Correo:                                                                                          |                |            | Tipo de conectividad                                                   |             |  |
| Celular: ( ) ____                                                                                                                                                                  |     |                                                  | Acceso a Internet:                                                                               |                |            | En caso de responder que si tiene acceso a internet; éste es           |             |  |
| Habitación: ( ) ____                                                                                                                                                               |     |                                                  | Tiene acceso a internet y cuenta con los dispositivos necesarios, para la Educación a Distancia: |                |            | Constante ____                                                         |             |  |
|                                                                                                                                                                                    |     |                                                  | Si ____ No ____                                                                                  |                |            | Ocasional: ____                                                        |             |  |
|                                                                                                                                                                                    |     |                                                  |                                                                                                  |                |            | Interrumpido: ____                                                     |             |  |
|                                                                                                                                                                                    |     |                                                  |                                                                                                  |                |            | Depende de los megas: ____                                             |             |  |
|                                                                                                                                                                                    |     |                                                  |                                                                                                  |                |            | Tiene WhatsApp? Si ____ NO: ____                                       |             |  |
| En caso de que el MPPE, convoque a clases presenciales. Le gustaría que algunas áreas (nivel de Educación Media General) se cumplieran bajo una modalidad híbrida? Si ____ No ____ |     |                                                  |                                                                                                  |                |            |                                                                        |             |  |
| De responder sí, a su juicio, que área o áreas deberían brindarse: ____                                                                                                            |     |                                                  |                                                                                                  |                |            |                                                                        |             |  |
| 2. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL                                                                                                                                                   |     |                                                  |                                                                                                  |                |            |                                                                        |             |  |
| Madre                                                                                                                                                                              |     |                                                  | Padre                                                                                            |                |            | Cédula de identidad:                                                   |             |  |
| Ambos                                                                                                                                                                              |     |                                                  | Otro                                                                                             |                |            | Parentesco con el estudiante (si es otro diferente a los padres): ____ |             |  |
|                                                                                                                                                                                    |     |                                                  |                                                                                                  |                |            | Estado Civil:                                                          |             |  |
| Apellidos:                                                                                                                                                                         |     |                                                  |                                                                                                  |                |            | Nombres:                                                               |             |  |

|                                                                                                                                                                             |                       |                                                        |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------|---------------------|
| Teléfono celular: (    ) _____                                                                                                                                              |                       | Celular alterno:                                       |                     |
| Teléfono fijo Hab. (02____) _____                                                                                                                                           |                       | (    ) _____ (    ) _____                              |                     |
| Correo electrónico:                                                                                                                                                         |                       |                                                        |                     |
| Dirección de habitación:                                                                                                                                                    |                       |                                                        |                     |
| Dirección de oficina:                                                                                                                                                       |                       | Teléfono de oficina:                                   |                     |
| Grado de instrucción:                                                                                                                                                       | Profesión y/u oficio: | Ejerce: SI ____ NO ____ Le gusta leer: SI ____ NO ____ |                     |
| Autorizado legalmente por:                                                                                                                                                  |                       | Según oficio No _____ de fecha _____                   |                     |
| <b>El estudiante vive con:</b><br>Madre: ____ Padre ____ Madre y Padre (ambos) ____ Representante Legal: ____ Otro: ____<br><br>Especifique: _____ Número de hermanos: ____ |                       |                                                        |                     |
| <b>3. DATOS DEL REPRESENTANTE RESPONSABLE DEL PAGO DE MENSUALIDADES</b>                                                                                                     |                       |                                                        |                     |
| Padre                                                                                                                                                                       | Madre                 | Representante Legal:                                   | Otro: ____ Indique: |
| <b>Persona Natural:</b>                                                                                                                                                     |                       |                                                        |                     |
| Apellidos/Nombres                                                                                                                                                           |                       |                                                        |                     |
| C.I.                                                                                                                                                                        | Dirección:            |                                                        |                     |
| Teléfono Fijo:                                                                                                                                                              | Celular:              | Correo electrónico:                                    |                     |
| <b>Persona Jurídica</b>                                                                                                                                                     |                       |                                                        |                     |
| Nombre de la Empresa:                                                                                                                                                       |                       |                                                        |                     |
| R.I.F.                                                                                                                                                                      | Dirección:            |                                                        |                     |
| Teléfono fijo:                                                                                                                                                              | Celular:              | Correo electrónico:                                    |                     |
| Observaciones:                                                                                                                                                              |                       |                                                        |                     |
| <b>4. DATOS DE LOS PADRES EN CASO DE NO SER EL/LA REPRESENTANTE LEGAL.</b>                                                                                                  |                       |                                                        |                     |
| a) Madre: Vive: Si ____ No ____ Nombres: _____ Apellidos: _____                                                                                                             |                       |                                                        |                     |
| C.I. No _____ Telf. Fijo _____ Telf. Celular _____                                                                                                                          |                       |                                                        |                     |
| Correo Electrónico: _____                                                                                                                                                   |                       |                                                        |                     |
| Dirección:                                                                                                                                                                  |                       | Grado de Instrucción: _____                            |                     |
| Profesión: _____                                                                                                                                                            |                       | Ejerce: Si ____ No: _____                              |                     |
| Dirección de Oficina _____                                                                                                                                                  |                       | Teléfono de Oficina: _____                             |                     |
| b) Padre: Vive: Si ____ No ____ Nombres: _____ Apellidos: _____                                                                                                             |                       |                                                        |                     |
| C.I. No _____ Telf. Fijo _____ Telf. Celular _____ Correo Electrónico: _____                                                                                                |                       |                                                        |                     |

|                                                                                                                                     |                                    |                               |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| <b>Dirección:</b> _____                                                                                                             | <b>Grado de Instrucción:</b> _____ |                               |                           |
| <b>Profesión:</b> _____ <b>Ejerce:</b> Si _____ No: _____                                                                           |                                    |                               |                           |
| <b>Dirección de Oficina</b> _____                                                                                                   |                                    |                               |                           |
| <b>Teléfono de Oficina:</b> _____                                                                                                   |                                    |                               |                           |
| <b>c) Situación de los padres y familiar:</b>                                                                                       |                                    |                               |                           |
| <b>Casados:</b> ____ <b>Separados:</b> ____ <b>Viudo/a:</b> ____ <b>Divorciado/a:</b> ____ <b>Soltero/a</b> ____ <b>Otros:</b> ____ |                                    |                               |                           |
|                                                                                                                                     |                                    |                               |                           |
| <b>El estudiante vive con:</b>                                                                                                      |                                    |                               |                           |
| <b>Sus padres:</b> ____ <b>Con su madre</b> ____ <b>Con un familiar</b> ____ <b>con amigos</b> ____ <b>sólo</b> ____                |                                    |                               |                           |
| <b>Otros:</b> _____                                                                                                                 |                                    |                               |                           |
| <b>5. . DATOS COMPLEMENTARIOS DEL ESTUDIANTE:</b>                                                                                   |                                    |                               |                           |
| <b>5.1. Plantel de Procedencia:</b>                                                                                                 |                                    |                               |                           |
| <b>5.2. Del Colegio.</b>                                                                                                            |                                    |                               |                           |
| <b>Viene diariamente al colegio:</b>                                                                                                |                                    |                               |                           |
| Solo (a): ____ Representante: ____ Transporte: ____ Otro ____ (especifique): ____                                                   |                                    |                               |                           |
| <b>Se retira diariamente:</b>                                                                                                       |                                    |                               |                           |
| Solo (a): ____ Representante: ____ Transporte: ____ Otro ____ (especifique): ____                                                   |                                    |                               |                           |
| <b>En caso de trasladarse y retirarse el o la estudiante del colegio con terceras personas especifique:</b>                         |                                    |                               |                           |
| Apellidos y Nombres _____                                                                                                           |                                    | C.I. _____                    |                           |
| <b>Nota:</b> Llenar autorización anexa e incluir fotocopia de la C.I, foto tipo carnet, actualizada de la persona autorizada.       |                                    |                               |                           |
| <b>5.3. Actividades Tiempo Libre:</b>                                                                                               |                                    |                               |                           |
| ¿Practica algún deporte? SI ____ NO ____ ¿Cuál?                                                                                     |                                    |                               |                           |
| Realizar alguna actividad cultural y/o artística, De ser así especifica ¿Cuál?                                                      |                                    |                               |                           |
| En caso de tocar algún instrumento musical, especifica cuál toca:                                                                   |                                    |                               |                           |
| En caso de profesar y/o pertenecer alguna religión, especifica qué religión:                                                        |                                    |                               |                           |
| <b>5.4. Estado físico y/o salud:</b>                                                                                                |                                    |                               |                           |
| Grupo sanguíneo                                                                                                                     |                                    | Factor RH                     |                           |
| Lateralidad dominante:                                                                                                              | Diestro:                           | Zurdo:                        | Ambidiestro:              |
| ¿Usa lentes correctivos?                                                                                                            | Si                                 | No                            | Especifique:              |
| ¿Usa algún implemento ortopédico?                                                                                                   | Si                                 | No                            | Especifique:              |
| ¿Es alérgico algún medicamento y/o alimento?                                                                                        | Si                                 | No                            | Especifique:              |
| ¿Tiene alguna discapacidad?                                                                                                         | Visual                             | Auditiva                      | Motriz Especifique: _____ |
| ¿Ha sido víctima de acoso escolar?                                                                                                  | Sí                                 | No                            |                           |
| <b>5.5. Fortalezas pedagógicas</b>                                                                                                  |                                    |                               |                           |
| - ¿Tiene facilidad para comunicarse? Sí No                                                                                          |                                    | <b>Lee con fluidez:</b> Sí No |                           |
| - Si ha tenido o tiene problemas con el lenguaje, especifique:                                                                      |                                    |                               |                           |
| -¿Es bilingüe? SI ____ NO ____ Inglés: ____ Otro: ____ Especifique: _____                                                           |                                    |                               |                           |
| -¿Cursa estudios del idioma inglés? SI ____ NO ____ ¿Dónde?                                                                         |                                    |                               |                           |
| ¿Trabaja en equipo de manera colaborativa? Sí No                                                                                    |                                    |                               |                           |

|                                              |    |    |
|----------------------------------------------|----|----|
| ¿Realiza las tareas de manera independiente? | Sí | No |
|----------------------------------------------|----|----|

**EN CASO DE EMERGENCIA: Llamar a \_\_\_\_\_ Telf. \_\_\_\_\_**

## LISTA DE CHEQUEO PARA LOS DOCUMENTOS ENTREGADOS

| Documentos                                                          | SI | NO | Observaciones |
|---------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|
| Tarjetas de Vacunas (estudiantes de preescolar y primer grado)      |    |    |               |
| Fotocopia de CI del Estudiante:                                     |    |    |               |
| Fotocopia de CI del Representante:                                  |    |    |               |
| Partida de Nacimiento:                                              |    |    |               |
| Constancia de Promoción de Educación Inicial:                       |    |    |               |
| Certificado de Educación Primaria                                   |    |    |               |
| Certificación de calificaciones (EMG)                               |    |    |               |
| Autorización del CPNNA para actuar como representante.              |    |    |               |
| Autorización a terceros para retirar al estudiante del plantel.     |    |    |               |
| Informes médicos de especialistas para la atención a la diversidad. |    |    |               |
| Otros (especifique):                                                |    |    |               |

**Nombre completo y firma del Representante legal  
y responsable del pago de las mensualidades**

### C. I.

**HUELLA  
PULGAR  
DERECHO**

**De no ser la madre o el padre el representante legal**, a inscribir, debe presentar una copia, con vista al original de la AUTORIZACIÓN NOTARIADA, a fin de que ejerza todas las acciones legales correspondientes de su Representado (a) ante la UEP «Gran Colombia».

El suscrito aceptante, actuando en calidad de padre, madre, tutor, representante legal del estudiante manifiesta que acepta a Unidad Educativa Privada «Gran Colombia» para la recolección y tratamiento de sus datos personales los cuales serán incorporados a una base de datos de la Institución, cuando para el acceso a determinados contenidos o para la utilización de algún servicio sea necesario facilitar datos de carácter personal, EL o LA REPRESENTANTE garantiza su veracidad, exactitud, autenticidad y vigencia. En todo caso EL o LA REPRESENTANTE será el único/a responsable de las manifestaciones falsas o inexactas que realice por la información que facilite. Para tales efectos firmantes garantiza la veracidad de los datos proporcionados y se compromete a comunicar cualquier modificación que pudiera acontecer en relación con tales datos e información; La UEP «Gran Colombia» queda eximida de cualquier responsabilidad derivada de la falsedad o inexactitud de la información y datos que a tal efecto se han facilitado.

**Firma del responsable de la inscripción:** \_\_\_\_\_**Fecha de la Inscripción:**