

FORMULARIO DE INSCRIPCION ANANKE

Carrera						FECHA DE DILIGENCIAMIENTO *											
Semestre: *		Código:*		Día	Mes	Año											
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE																	
DATOS DE IDENTIFICACION *																	
Primer Apellido *				Segundo Apellido *													
Primer Nombre *				Segundo Nombre *													
Lugar de Nacimiento: *		Municipio *		Departamento *			Fecha de Nacimiento *										
							Día	Mes	Año								
Tipo de Identificación *		Registro Civil _____		Tarjeta Identidad _____		Cédula de Ciudadanía _____		Otro _____	Cuál? _____								
Número de Identificación *					Lugar de Expedición *		Municipio _____		Departamento _____								
ESTADO CIVIL *		Soltero _____		Casado _____		Viudo _____		Divorciado _____		Unión Libre _____		Número de Hijos *: _____					
Género *		Masculino _____		Femenino _____		Correo Electronico *											
Número Libreta Militar *					Lugar de Expedición *		Municipio _____		Departamento _____								
Fecha de Expedición Libreta Militar*				DIA / MES / AÑO													
Dirección de Residencia *						Teléfono *		Celular *									
Localidad *		Estrato *		Zona de vivienda *		Urbana		Rural		Urbana - Rural		Medio de Transporte *					
												Público		Particular	Masivo Integrado	A Pie	Otro
Barrio / Vereda *				Municipio *				Departamento *									
Seguridad Social*		EPS o ARS		ASEGURADORA / ARL		ESTADO DE AFILIACION											
						BENEFICIARIO SI _____ NO _____			COTIZANTE SI _____ NO _____								
INFORMACIÓN ACADEMICA																	
ACTA		FOLIO		LIBRO		FECHA DE GRADO		DIA / MES / AÑO									
EXAMEN DE ESTADO - ICFES *																	
Código SNP *				FECHA:		AÑO		SEMESTRE:		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	PUNTAJE ICFES _____					
SITUACION CULTURAL / MULTICULTURALIDAD *																	
Reinsertado		Madre Cabeza de Familia		Etnico Indígena		Desplazado		Afrocolombiano		Habitante de Frontera		Pueblo Rom					
SI _____ NO _____		SI _____ NO _____		SI _____ NO _____		SI _____ NO _____		SI _____ NO _____		SI _____ NO _____		SI _____ NO _____					
DISCAPACIDADES *		Ceguera		Sordera Profunda		Múltiple		Lesión Neuromuscular		TIPO DE SANGRE *							
		Parálisis Cerebral		Deficiencia Cognitiva (retardo mental)		Hipoacusia o baja audición		OTRO: _____		O+ O- A+ A- B+ B- AB+ AB-							

INFORMACION DE LOS PADRES DE FAMILIA O ACUDIENTES *

Nombre y Apellidos (PADRE) *		Tipo Identificación *		Número *
		T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> OTRA: _____		No. _____
Correo Electronico *	Fecha de Nacimiento *	Teléfono *	Celular *	
	DIA / MES / AÑO			
Dirección *	Ciudad *	Barrio *	Localidad *	
Nombre y Apellidos (MADRE) *		Tipo Identificación *		Número *
		T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> OTRA: _____		No. _____
Correo Electronico *	Fecha de Nacimiento *	Teléfono *	Celular *	
	DIA / MES / AÑO			
Dirección *	Ciudad *	Barrio *	Localidad *	
Nombre y Apellidos del (ACUDIENTE) *		Tipo Identificación *		Número *
		T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> OTRA: _____		No. _____
Correo Electronico *	Fecha de Nacimiento *	Teléfono *	Celular *	
	DIA / MES / AÑO			
Dirección *	Ciudad *	Barrio *	Parentesco *	

INFORMACION ACADEMICA *

Nombre de la Institución *	Ciudad *	AÑO *	TITULO ALCANZADO *		
_____	_____	_____	_____		
NIVEL * ACADEMICO APROBADO	Secundaria (Bachillerato) _____	Media Técnica _____	Técnica Profesional _____	Tecnólogo Profesional _____	Profesional _____
Nombre de la Institución *	Ciudad *	AÑO *	TITULO ALCANZADO *		
_____	_____	_____	_____		
NIVEL * ACADEMICO APROBADO	Secundaria (Bachillerato) _____	Media Técnica _____	Técnica Profesional _____	Tecnólogo Profesional _____	Profesional _____

INFORMACION LABORAL *

Nombre de la Empresa *		CARGO QUE DESEMPEÑA *	
Correo Electronico laboral *	Teléfono Trabajo *	Celular *	
Dirección Laboral *	CIUDAD *	Fecha de Ingreso *	Fecha de Retiro *
		DIA / MES / AÑO	

NOMBRES Y APELLIDOS
ESTUDIANTE

APROBACIÓN Y REVISIÓN
ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL