



COLEGIO TÉCNICO BENJAMÍN HERRERA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL
 Resolución de Aprobación N°5948 del 21 de Diciembre de 2000
 EDUCACIÓN BÁSICA PRIMARIA, BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA TÉCNICA
 Sede A: Carrera 46 # 27 - 38 sur Teléfonos: 230 0170 - 728 0410 - 230 3700 Fax: 7418070
 Sede B: Carrera 16 # 33-37 sur Teléfono: 230 0970 Fax: 7112270
 Sede C: Calle 20 B sur # 41-42 Telefax: 2036625 Email: coldibenjaminherre16@redp.edu.co

SEDE	JORNADA
<input type="text"/>	<input type="text"/>
GRUPO	AÑO
<input type="text"/>	2024

REGISTRO ESCOLAR DE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO - BACHILLERATO

NOMBRE: _____ EMAIL: _____

DOC. IDENT: _____ EDAD: _____ EPS: _____ GRUPO SANG: _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____ VIVE CON: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ EMAIL: _____ TEL: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ EMAIL: _____ TEL: _____

NOMBRE DEL ACUDIENTE: _____ EMAIL: _____ TEL: _____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: _____ BARRIO: _____ TEL: _____

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A : _____ DIRECCIÓN: _____ TEL: _____

REINICIA PROCESOS DE GRADO: SI NO

GRADOS CURSADOS EN EL COLEGIO

PREESCOLAR	BÁSICA PRIMARIA					BÁSICA SECUNDARIA				MEDIA ACADÉMICA	
0°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. UTILIZA RUTA ESCOLAR SI NO

RESPONSABLE DE LA RUTA _____ EMPRESA _____ TELEFONO _____

2. CONDICIONES DE SALUD QUE LO AFECTAN ACTUALMENTE (ESPECIFICAR RECOMENDACIONES PARA EL COLEGIO EMITIDAS POR EL PERSONAL DE SALUD). (ANEXAR SOPORTES)

3. ¿PRESENTA DISCAPACIDAD? SI NO

DESCRIPCIÓN: _____

4. RESTRICCIÓN PARA ALGUNO DE LOS PADRES FRENTE AL MENOR EMITIDA POR ENTIDAD COMPETENTE. (ANEXAR DOCUMENTOS) SI NO

5. ESCRIBA BREVEMENTE LA EXPECTATIVA QUE TIENE FRENTE AL COLEGIO PARA EL AÑO 2024

ACEPTAMOS EL PROYECTO INSTITUCIONAL (P.E.I) Y NOS COMPROMETEMOS A CUMPLIR CON EL MANUAL DE CONVIVENCIA, EL SISTEMA INSTITUCIONAL DE EVALUACIÓN DE LOS ESTUDIANTES (SIEE) Y DEMÁS PLANES, PROGRAMAS, NORMAS Y DISPOSICIONES DEL COLEGIO.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DILIGENCIA: _____

PARENTESCO: _____ CÉDULA: _____ FIRMA: _____ FECHA: _____

SITUACION ACADÉMICA AL FINALIZAR EL AÑO

ASIGNATURAS QUE REQUIEREN ACTIVIDADES DE RECUPERACIÓN: _____

SE PROMUEVE AL SIGUIENTE GRADO SI NO

OBSERVACIONES: _____

SE RENUOVA MATRICULA PARA EL SIGUIENTE AÑO ACADÉMICO SI NO

OBSERVACIONES: _____

DIRECTOR DE GRUPO: _____ FIRMA: _____

