ACTA DE MATRÍCULA

MATRÍCULA No:

FECHA:04 de FEBRERO de 2025

SE MATRICULA PARA EL GRADO: Cuarto

INFORMACIÓN DEL ALUMNO

APELLIDOS	Infante Murillo	**NOMBRES**				Maria Fernanda
TIPO DE IDENTIDAD	Registro Civil	**NUMERO:**	1078370644	**EXPEDIDO:**	Tenjo	**R.H.:** O+
SEXO		Femenino	**FECHA DE NACIMIENTO:**		19-07-2013	
NACIONALIDAD			**LUGAR:**		Bogotá D.C.	**EDAD:** 11
NOMBRE DE SEGURIDAD SOCIAL:		Compensar				
DIRECCION :		VEREDA CHINCHE TENJO	**BARRIO:**		CHINCE /LA PAVERA	**ESTRATO:** Estrato 2
TELEFONO FIJO		3214037042 / 3106967270	**CELULAR**			3106967270
LOCALIDAD:		TENJO	**HIJO DE DOCENE ICAL**			
CON QUIEN VIVIE EL NIÑO/NIÑA			MAMA,ABUELOS			
LOCALIDAD O MUNICIPIO			TENJO			
ENTIDAD A LA QUE PERTENECE			Seleccione			
ENFOQUE COMUNICATIVO			Seleccione			
AYUDA AUDITIVA			NINGUNO			
FECHA DE INGRESO A LA INSTITUCION			MAYO 2019			
TIPO DE FAMILIA			NUCLEAR			

INFORMACIÓN PADRES

	MADRE	PADRE
NOMBREY APELLIDOS	Maria Cristina Murillo Nemocon	Jose Andres Infante Rodriguez
TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía	Cédula de Ciudadanía
DOCUMENTO NUMERO	1078370902	1078368292
LUGAR DE EXPEDICION	tenjo	tenjo
NACIONALIDAD	n/a	n/a
DIRECCION DE RESIDENCIA	VEREDA CHINCHE TENJO	n/a
TELEFONO PERSONAL	VEREDA CHINCHE TENJO	3162207381
CORREO ELECTRONICO	krissmurillo2013@gmail.com	andresymafe14@gmail.com
TRABAJA EN ICAL COMO DOCENTE	NO	NO
NIVEL ESCOLAR (PROFESIÓN)	n/a	n/a
OCUPACIÓN O CARGO	n/a	n/a
EMPRESA	n/a	n/a
DIRECCION DE LA EMPRESA	n/a	n/a
TELEFONOS DE LA EMPRESA	N/A	N/A
RESPONSABLE ECONOMICO	NO	NO
PAGARE POR SERVICIOS	NO	

INFORMACION DEL ACUDIENTE
(En caso de no ser alguno de los padres)

NOMBREY APELLIDOS	n/a
TIPO DE DOCUMENTO	n/a
DOCUMENTO NUMERO	n/a
LUGAR DE EXPEDICION	n/a
NACIONALIDAD	n/a
DIRECCION DE RESIDENCIA	n/a
TELEFONO PERSONAL	n/a
CORREO ELECTRONICO	n/a
TRABAJA EN ICAL COMO DOCENTE	NO
NIVEL ESCOLAR (PROFESIÓN)	n/a
OCUPACIÓN O CARGO	n/a
EMPRESA	n/a
DIRECCION DE LA EMPRESA	n/a
TELEFONOS DE LA EMPRESA	n/a
RESPONSABLE ECONOMICO	NO
PAGARE POR SERVICIOS	NO

Como responsable de la educación de nuestros hijos, aceptamos los planes y programas del colegio y nos comprometemos a cumplir las normas académicas y disciplinarias establecidas en el Manual de Convivencia así como las cláusulas establecidas en el contrato de prestaciones de servicios educativos.

Autorizo a ICAL para que los datos aquí mencionados sean tratados conforme a lo establecido en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013, referente a la política de privacidad y de protección de datos personales, incluidos los datos sensibles (aquellos que afectan la intimidad de las personas como son los datos de salud). Esta normatividad regula la recolección, almacenamiento, tratamiento, administración, transferencia, transmisión y protección de aquella información que se reciba de terceros.

Andres Infante

FIRMA DEL RESPONSABLE
(PADRE, MADRE O ACUDIENTE)

RECTORA

FUNDACION SORDOS RECTORIA ICAL

Maria Fernanda Infante

FIRMA DEL ALUMNO

SECRETARIA ACADEMICA

EN CASO DE RETIRO: FECHA: _____ MOTIVO: _____

VERSIÓN: 6
FECHA DE APROABACION: 30/11/2019

EL DOCUMENTO ORIGINAL ESTA EN LA RED
EL DOCUMENTO IMPRESO NO ESTA CONTROLADO

Powered by CamScanner