***EDUCACIÓN INCLUSIVA COLEGIO***

***INFORME GENERAL***

1. **: Información general del estudiante**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha y Lugar de Diligenciamiento | DD/MM/AAAA |
| Nombre de la Persona que diligencia: | Rol que desempeña en la SE o la IE: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombres: | | Apellidos: | | |
| Lugar de nacimiento: | | Edad: | | Fecha de nacimiento: DD/MM/AAAA |
| Tipo: TI. CC RC  otro: ¿cuál? | No de identificación: | | | |
| Departamento donde vive: | Municipio: | | | |
| Dirección de vivienda: | Barrio/vereda:  \_ | | | |
| Teléfono: | Correo electrónico: | | | |
| ¿Está en centro de protección? NO SI \_ ¿dónde? | | | Grado al que aspira ingresar: | |
| Si el estudiante no tiene registro civil debe iniciarse la gestión con la familia y la Registraduría | | | | |
| ¿Se reconoce o pertenece a un grupo étnico? SI NO  ¿Cuál? | | | | |
| ¿Se reconoce como víctima del conflicto armado?  Sí No  (Cuenta con el respectivo registro? Si No ) | | | | |

1. **Entorno Salud:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Afiliación al sistema de salud SI No | | EPS: | | | Contributivo | Subsidiado |
| Lugar donde le atienden en caso de emergencia: | | | | | | |
| ¿El niño está siendo en el Sector salud? | Si | | No | Frecuencia: | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tiene diagnóstico médico: | Si | No | Cuál: | |
| ¿El niño está asistiendo a terapias? | Si | No | ¿Cuál? | Frecuencia |
| ¿Cuál? | Frecuencia |
| ¿Cuál? | Frecuencia |
| ¿Actualmente recibe tratamiento médico por alguna enfermedad en particular?  SI NO | | ¿Cuál? Ejemplo: para controlar epilepsia, uso de oxígeno, insulina, etc.) | | |
| ¿Consume medicamentos? Sí No  Frecuencia y horario: (Nombre medicamento y si debe consumirlo en horario de clases): | | | | |
| ¿Cuenta con productos de apoyo para favorecer su movilidad, comunicación e independencia?  No Si | | ¿Cuáles? Ejemplos: Sillas de ruedas, bastones, tableros de comunicación, audífonos etc. | | |

1. **Entorno Hogar:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la madre: | | Nombre del padre: | | |
| Ocupación de la madre: | | Ocupación del padre: | | |
| Nivel educativo alcanzado:  Prim Bto Téc Tecn Univ.\_\_ | | Nivel educativo alcanzado  Prim Bto Téc Tecn Univ. | | |
| No. Hermanos: | Lugar que ocupa: | | | ¿Quiénes apoyan la crianza del estudiante?  \_  \_\_ |
| Personas con quien vive: | | | |
| ¿Está bajo protección? | | | Sí No | |

La familia recibe algún subsidio de alguna entidad o institución: SI NO

¿Cuál? (Ejemplos: Prosperidad Social, ICBF, Fundaciones, ONG, etc.

4. Entorno Educativo:

Información de la Trayectoria Educativa

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Ha estado vinculado en otra institución educativa, fundación o modalidad de educación inicial? | | NO ¿Por qué?  SI ¿Cuáles? | | | | | |
| Ultimo grado cursado | | ¿Aprobó? SI  NO | Observaciones: (incluir motivos del cambio de la modalidad o de la institución educativa) | | | | |
| ¿Se recibe informe pedagógico cualitativo que describa el proceso de desarrollo y aprendizaje del estudiante y/o PIAR?  NO SI | | ¿De qué informe? | institución | o | modalidad | proviene | el |
| ¿Está asistiendo en la actualidad complementarios?  NO SI \_\_ | a programas | ¿Cuáles? (Ejemplo: Deportes, danzas, música, pintura, recreación, otros cursos) | | | | | |

Información de la institución educativa en la que se matricula:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Institución educativa a la que se matricula: | Sede: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre y firma Directivo docente** | **Nombre y firma Docente de Área** | **Nombre y firma Docente Orientadora** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre y firma Docente de Apoyo** |  |  |