**INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA**

**DE PROCEDENCIA**

Institución de Procedencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Resolución Nﹾ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Municipio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El estudiante **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** identificado con RC, TI número **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** está solicitando el ingreso a nuestra institución para el grado **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** con miras a considerar dicha petición, le agradecemos nos consigne la información que a continuación solicitamos, la cual es de **CARÁCTER CONFIDENCIAL. Debe ser diligenciada por el rector (a), coordinador (a), director de grupo (a).**

Agradecemos su colaboración.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| GRADOS CURSADOS EN EL COLEGIO  |  | GRADOS APROBADOS  |  | GRADOS REPETIDOS |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ACEPTACIÓN DE LAS NORMAS DE CONVIVENCIA  | EXCELENTE | BUENO | REGULAR |
| ASISTENCIA DIARIA A CLASES | EXCELENTE | BUENO | REGULAR |
| SENTIDO DE PERTENENCIA CON LA INSTITUCIÓN  | EXCELENTE | BUENO | REGULAR |
| RESPETO DEL ESTUDIANTE CON EL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN | EXCELENTE | BUENO | REGULAR |
| RELACIÓN CON SUS COMPAÑEROS DE GRUPO | EXCELENTE | BUENO | REGULAR |
| DESEMPEÑO ACADÉMICO  | EXCELENTE | BUENO | REGULAR |
| COMPORTAMIENTO, NORMAS DE CORTESÍA DISCIPLINA | EXCELENTE | BUENO | REGULAR |
| COMPROMISOS DE LOS PADRES DE FAMILIA CON EL COLEGIO  | EXCELENTE | BUENO | REGULAR |
| CUMPLIMIENTO EN EL PAGO DE LAS PENSIONES Y OTROS  | EXCELENTE | BUENO | REGULAR |
| ESTADO DE SALUD GENERAL  | EXCELENTE | BUENO | REGULAR |
| GRADO DE COMPROMISO DE LOS PADRES EN EL ACOMPAÑAMIENTO DEL PROCESO FORMATIVO DEL ESTUDIANTE | EXCELENTE | BUENO | REGULAR |
| TRATO DE LOS PADRES DE FAMILIA CON EL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN | EXCELENTE | BUENO | REGULAR |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HISTORIAL MÉDICO***(Registre cualquier enfermedad, diagnóstico médico o medicamento que presente el estudiante o le sea aplicado - Estudiantes con Barreras para el Aprendizaje o NEE)* | **SI** | **NO** |
| Si el estudiante cuanta, con alguna enfermedad, diagnóstico médico o medicamento, descríbalo a continuación**: -\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| HABILIDADES Y ACTIVIDADES EN LAS QUE SE DESTACA |  |
| ASPECTOS QUE DEBE MEJORAR  |  |
| MOTIVO POR EL CUAL SOLICITA CAMBIO DE INSTITUCIÓN  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| OTROS ASPECTOS A DESTACAR |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| NOMBRE RECTOR (A),  | FIRMA Y SELLO | FECHA |