



Institución Educativa  
**Rosalía Suárez**

"FORJADORES DE SOCIEDADES PARA LA PAZ"

Aprobado por Resolución N° 9932 del 16 de noviembre de 2006  
Y Resolución N° 201950035211 de marzo 28 de 2019  
Código DANE 105001003450  
NIT: 811029006-2

FOTO  
RECIENTE



**Pre-Matricula para Estudiantes Nuevos y Antiguos de la Institución**

**HORARIO AÑO 2023: PRIMARIA**  
**SEDE PARQUE BELÉN**

JORNADA MAÑANA: 7:00 a.m. a 12:00 m.  
JORNADATARDE: 12:15 p.m. a 5:15 p.m.  
PREESCOLAR MAÑANA: 7:00 a.m. a 11:00 a.m.  
PREESCOLAR TARDE: 12:30 p.m. a 4:30 p.m.

**HORARIO AÑO 2023: BACHILLERATO**  
**SEDE LA PALMA**

JORNADA DE LA MAÑANA: 6:10 a.m. a 12:10 p.m.  
JORNADA DE LATARDE: 12:10 p.m. a 6:10 p.m.

**NOTA:** La presente pre-matricula es un documento que, para su aprobación, está sujeto a la disponibilidad de cupo de la Institución Educativa. Todos los aspirantes que estén afiliados y activos en el SISBEN deben presentar fotocopia del certificado respectivo y actualizado, en caso contrario deben anexar constancia de afiliación vigente de la EPS, Fotocopia de la cedula de los padres y/o acudientes. Todos los aspirantes sin excepción deben aportar fotocopia de la cuenta de los servicios públicos de su residencia, fotocopia de las últimas calificaciones y fotocopia de la hoja de vida o informe comportamental (Estos documentos se anexan a la presente solicitud). *No se recibe este documento si le falta información o la fotografía.*

Apellidos del (la) estudiante: \_\_\_\_\_ Nombres completos del (la) estudiante: \_\_\_\_\_

Grado que cursaba en el año 2022: \_\_\_\_\_ Grado al que aspira en el año 2023: \_\_\_\_\_

Tipo de documento de identidad: \_\_\_\_\_ N° de Doc. de Identidad: \_\_\_\_\_ Lugar de expedición: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ País de Origen: \_\_\_\_\_

Tipo de sangre: \_\_\_\_\_ Dirección de residencia: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Tel Fijo o Cel: \_\_\_\_\_

SISBEN SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Nivel \_\_\_\_\_ EPS SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_ Comuna \_\_\_\_\_

Estrato: \_\_\_\_\_ ¿Dónde lo atienden en caso de emergencia? \_\_\_\_\_

¿El estudiante vive con el padre? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿El estudiante vive con la madre? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Otro familiar \_\_\_\_\_ ¿Quién? \_\_\_\_\_

Medio de transporte: A pie \_\_\_\_\_ Transporte Escolar \_\_\_\_\_ Bus público \_\_\_\_\_ Sistema Metro \_\_\_\_\_ Familiar \_\_\_\_\_ Bicicleta \_\_\_\_\_

**SI SU HIJO ES DE PREESCOLAR O PRIMARIA, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE LO RECOGERÁ EN LA INSTITUCIÓN**

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

¿El estudiante ha sido diagnosticado por profesionales de la salud con trastornos específicos del aprendizaje y/o del comportamiento?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ / SI su respuesta es afirmativa indique cuál es el tipo de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Además, anexe copia de la historia clínica del diagnóstico.

¿Su hijo tiene diagnóstico de discapacidad? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Si su respuesta es afirmativa anote si la discapacidad es:

Cognitiva \_\_\_\_\_ Física \_\_\_\_\_ Sensorial \_\_\_\_\_ ¿Requiere Medicamentos? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Requiere Terapias? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Grupo étnico a que pertenece: Indígena \_\_\_\_\_ Afrocolombiano \_\_\_\_\_ Raizales \_\_\_\_\_ Rom \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_

Cuenta con Conexión a Internet: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Se reconoce como víctima del conflicto armado? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Cuenta con el registro de pertenecer a Víctimas del conflicto armado? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Sírvase indicar a continuación, el plantel donde curso los grados anteriores hasta el actual:

GRADO	PLANTEL	CIUDAD	AÑO	GRADO	PLANTEL	CIUDAD	AÑO
Preescolar				6°			
1°				7°			
2°				8°			
3°				9°			
4°				10°			
5°				11°			

Viene de otro municipio: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Cuál \_\_\_\_\_ ¿Ha repetido grados? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Cuál grado? \_\_\_\_\_

¿En qué año? \_\_\_\_\_ Motivos: \_\_\_\_\_

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL PADRE:** \_\_\_\_\_ **Cédula:** \_\_\_\_\_

Lugar de expedición: \_\_\_\_\_ **ESTUDIOS DEL PADRE: Primaria:** Completa \_\_\_\_\_ Incompleta \_\_\_\_\_

**Bachillerato:** Completo \_\_\_\_\_ Incompleto \_\_\_\_\_ **Universidad:** Completa \_\_\_\_\_ Incompleta \_\_\_\_\_ Programa o Carrera: \_\_\_\_\_

Empresa donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Teléfono fijo \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Dirección de la empresa \_\_\_\_\_

NOTA: DE NO ENTREGAR ESTE DOCUMENTO EN LA FECHA INDICADA NO CUENTA CON EL CUPO PARA EL AÑO 2023. Se debe entregar en la Coordinación respectiva el día siguiente de recibirlo.

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DE LA MADRE:** \_\_\_\_\_ **Cédula:** \_\_\_\_\_

Lugar de expedición: \_\_\_\_\_ **ESTUDIOS DE LA MADRE: Primaria:** Completa \_\_\_ Incompleta \_\_\_

**Bachillerato:** Completo \_\_\_ Incompleto \_\_\_ **Universidad:** Completa \_\_\_ Incompleta \_\_\_ Programa o carrera: \_\_\_\_\_

Empresa donde labora: \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Teléfono fijo \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_ Dirección de la empresa \_\_\_\_\_

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS DEL ACUDIENTE** (Quien firma la matrícula) (Debe ser Padre o Madre o quien tenga la custodia otorgada por escrito por Bienestar familiar) \_\_\_\_\_ Número de Cédula: \_\_\_\_\_

Lugar de expedición: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_ Parentesco del acudiente con el alumno \_\_\_\_\_

Vive en casa propia (de los padres) SI \_\_\_ NO \_\_\_ Paga arriendo SI \_\_\_ NO \_\_\_

Anote (obligatoriamente) otro teléfono fijo y celular que pueda ser utilizado en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Como aspirantes y padres de familia, al firmar la presente solicitud, manifestamos que conocemos el Manual de Convivencia y el SIE (Sistema Institucional de Evaluación escolar) vigente que está disponible en la página web de la institución [www.rosaliasuarez.edu.co](http://www.rosaliasuarez.edu.co), por lo tanto nos comprometemos a cumplirlos en su totalidad. Así mismo estamos informados de que, si ofrecemos por este medio información errada o aportamos documentos falsos, la Institución suspenderá inmediata y definitivamente el proceso de renovación de matrícula.

**Nota 1:** el Municipio de Medellín ofrece un cupo limitado de servicio nutricional para algunos menores de edad. Se aclara que una comisión del Restaurante Escolar estudiará y definirá si su hijo (a) es aceptado en el servicio y se le informará oportunamente. Expresé si requiere el servicio nutricional: SI \_\_\_ NO \_\_\_

**Nota 2:** autorización para que el estudiante sea registrado fotográfica y audiovisualmente en actividades institucionales como: actos cívicos, actividades deportivas, reuniones de proyectos, entre otras. Yo, \_\_\_\_\_, autorizo el registro fotográfico y audiovisual del alumno SI \_\_\_ NO \_\_\_

**Nota 3:** si su hijo es mayor de diez (10) años exprese si desea ser beneficiario del Programa de Transporte Escolar ofrecido por el Municipio de Medellín en las modalidades: BUS: SI \_\_\_ NO \_\_\_ TIKETE METRO: SI \_\_\_ NO \_\_\_ (se aclara que cada solicitud será estudiada y serán otorgados los beneficios a los alumnos que cumplan con los requisitos porque estos cupos son limitados).

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PADRE**  
C.C. N°

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE LA MADRE**  
C.C. N°

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL ALUMNO**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL ACUDIENTE**  
C.C. N°

ESTA PRE-MATRÍCULA  
DEBE SER  
DILIGENCIADA  
COMPLETAMENTE,  
SIN ENMENDADURAS,  
SIN CORRECTOR Y  
DEBE SER FIRMADA  
POR LOS PADRES, Y/O  
ACUDIENES Y  
ESTUDIANTE.

\_\_\_\_\_  
*Lubeida Ríos Correa*  
Rectora.