

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
 MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACIÓN  
 NOMBRE DEL PLANTEL: C.E.N. "ERNESTO SIFONTES"  
 CÓDIGO DEL PLANTEL: 06-007912882  
 CÓDIGO DEA: S0893D0705  
 CÓDIGO ESTADISTICO: 71277 TELEFÓNICO: 0285-6323966  
 DIRECCION: PROLONGACION DE LA AV. GERMANIA DIAGONAL AL PALACIO DE JUSTICIA.  
 TERRITORIO: 070502003 MUNICIPIO: ANGOSTURA DEL ORINOCO

FOTO ESTUDIANTE	FOTO REPRESENTANTE
--------------------	-----------------------

#### (REGISTRO DE INSCRIPCIÓN)

##### 1.- DATOS DEL ESTUDIANTE:

NOMBRES: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
 CEDULA ESCOLAR: V- \_\_\_\_\_ CÉDULA DE IDENTIDAD: V- \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_  
 NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ PAÍS: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN DE HABITACIÓN: \_\_\_\_\_

PUEBLO Y COMUNIDAD INDIGENA: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ ¿A CUÁL PERTENECE?: \_\_\_\_\_  
 LATERALIDAD: DER \_\_\_\_ IZQ \_\_\_\_ GÉNERO: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_ POSEE ALGUNA DISCAPACIDAD: SI: \_\_\_\_ NO: \_\_\_\_;  
 ¿QUÉ TIPO DE DISCAPACIDAD? VISUAL: \_\_\_\_; MOTORA: \_\_\_\_ VACUNA COV19: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ NUMERO DE DOSIS: \_\_\_\_;  
 SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ , INDIQUE EL DIAGNOSTICO MEDICO: \_\_\_\_\_  
 MEDIDA ANTROPOMÉTRICAS: ESTATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ MEDIDAS DE CALZADO: \_\_\_\_\_  
 PANTALÓN: \_\_\_\_\_ CAMISA: \_\_\_\_\_

##### 1.1.- OTROS DATOS DEL ESTUDIANTE:

POSEE BECA: SI: \_\_\_\_ NO: \_\_\_\_ ; POSEE CANAIMA: SI: \_\_\_\_ NO: \_\_\_\_ ; TELÉFONO MÓVIL: \_\_\_\_\_;  
 CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_  
 EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A: \_\_\_\_\_ TLF: \_\_\_\_\_

##### 1.2.- HISTÓRICO DEL ESTUDIANTE:

PERÍODO ESCOLAR	AÑO	SECCIÓN	PLANTEL DE PROCEDENCIA	CURSA TODAS LAS MATERIAS	MATERIA PENDIENTE
2024-2025					

##### 1.3.- STATUS DEL REGISTRO DEL ESTUDIANTE:

PLAN DE ESTUDIO: MEDIA GENERAL: \_\_\_\_\_ TÉCNICO MEDIO EN CIENCIAS AGRÍCOLAS: \_\_\_\_\_  
 ESCOLARIDAD: REGULAR: \_\_\_\_ REPITENTE: \_\_\_\_ MATERIA PENDIENTE: \_\_\_\_\_ EQUIVALENCIA: \_\_\_\_\_  
 ÁREAS DE FORMACIÓN DE EQUIVALENCIA: \_\_\_\_\_  
 ENTREGÓ TODOS LOS DOCUMENTOS: SI: \_\_\_\_ NO: \_\_\_\_ . DOCUMENTOS PENDIENTES: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

##### 2.- IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL:

NOMBRES: \_\_\_\_\_ APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
 CEDULA DE IDENTIDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ AFINIDAD: \_\_\_\_\_ GÉNERO: \_\_\_\_\_  
 NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ PAÍS: \_\_\_\_\_  
 CARNET DE LA PATRIA SERIAL: \_\_\_\_\_ CODIGO: \_\_\_\_\_  
 VACUNA COV19: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ NÚMERO DE DOSIS: \_\_\_\_

##### 2.1.- DIRECCIÓN DE DOMICILIO:

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_;  
 ESTADO: \_\_\_\_\_ ; PARROQUIA: \_\_\_\_\_;  
 MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ ; TIPO DE VIVIENDA: CASA: \_\_\_\_ APTO: \_\_\_\_ ; OTRO \_\_\_\_ ;  
 NÚMERO: \_\_\_\_\_, TÉLEFONO DE HABITACIÓN: (0285)-\_\_\_\_;  
 TÉLEFONO MÓVIL: (04 4)-\_\_\_\_\_ ; (04 6)-\_\_\_\_\_ ; (0412)-\_\_\_\_;  
 CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_;  
 PROFESIÓN: \_\_\_\_\_; TRABAJA: SI: \_\_\_\_ NO: \_\_\_\_ ; EMPRESA: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, TÉLEFONO DE LA EMPRESA DONDE TRABAJA: \_\_\_\_\_

INGRESO FAMILIAR: \_\_\_\_\_.

##### 2.2.- PARTICIPACIÓN COMO:

VOCERO REPRESENTANTE: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ , MBF: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ CONSEJO EDUCATIVO: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_  
 OBSERVACION: \_\_\_\_\_

##### FIRMA DE REPRESENTANTE Y REGISTRADOR

FECHA DE INSCRIPCION: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_\_\_ FIRMA REP: \_\_\_\_\_ CEDULA: \_\_\_\_\_  
 REGISTRADO POR: \_\_\_\_\_ FIRMA DOC: \_\_\_\_\_ C.I.Nº \_\_\_\_\_  
 OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_